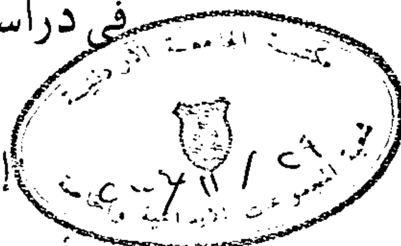
جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين

للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة
في دراسات الطفولة



إعداد

محمد أحمد محمود خطاب

إشراف

الأستاذة الدكتورة
كاميليا عبد الفتاح
أستاذة علم النفس المتفرغ
بمعهد الدراسات العليا للطفولة
وعميدة المعهد سابقاً

الدكتورة
منى حلمي أحمد سند
أستاذ مساعد طب الإعاقة بمركز
معوقات الطفولة
جامعة الأزهر

٢٠٠٤م

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

صفحة العنوان

اسم الباحث	:	محمد أحمد محمود خطاب.
الدراسة العلمية	:	دكتوراه الفلسفة فى دراسات الطفولة.
القسم	:	الدراسات النفسية والاجتماعية
اسم الكلية	:	معهد الدراسات العليا للطفولة
الجامعة	:	جامعة عين شمس
سنة التخرج	:	٢٠٠٠ ماجستير فى دراسات الطفولة
سنة المنح	:	٢٠٠١/١/١٠
التقدير	:	ممتاز مع التوصية بتبادلها بين الجامعات

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

رسالة دكتوراه

اسم الباحث : محمد أحمد محمود خطاب.

عنوان الرسالة : "فاعلية برنامج علاجى باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين"

إشراف

الأستاذة الدكتورة
كاميليا عبد الفتاح
أستاذة علم النفس المتفرغ بمعهد الدراسات العليا للطفولة وعميدة المعهد سابقاً

الدكتورة
منى حلمى أحمد سند
أستاذ مساعد طب الإعاقة بمركز معوقات الطفولة - جامعة الأزهر

تاريخ البحث : / / ٢م

أجيزت الرسالة بتاريخ : / / ٢م

الدراسات العليا

ختم الإجازة

موافقة مجلس الجامعة بتاريخ

/ / ٢م

مستخلص Abstract

اسم الباحث : محمد أحمد محمود خطاب.

عنوان الرسالة : "فاعلية برنامج علاجى باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين"

جهة البحث: : جامعة عين شمس – معهد الدراسات العليا للطفولة – قسم الدراسات النفسية والاجتماعية.

تهدف هذه الدراسة إلى:

- محاولة وضع مقياس للكشف عن الاضطرابات السلوكية وحدتها وأكثرها شيوعاً لدى الطفل التوحدى.
- إعداد برنامج علاجى باللعب يحتوى على بعض الأنشطة والألعاب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين.
- إعداد دراسة حالة للطفل التوحدى من سن ١٠:١٢ سنة.
- إعداد استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة.

مشكلة الدراسة:

تنحصر فى التساؤل الآتى:

- إلى أى حد يؤثر البرنامج العلاجى باللعب فى خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية (إيذاء الذات ونوبات الغضب – النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه – عجز فى السلوك التواصلى – السلوك العدوانى) قبل وبعد البرنامج.
- تم تطبيق البرنامج على عينة:

تتكون من (٢٠) طفل توحدى من سن (١٠:١٢) سنة، تم تقسيمهم إلى (١٠) أطفال كمجموعة تجريبية، و (١٠) أطفال كمجموعة ضابطة،

نسبة توحدية متوسطة، مستوى اقتصادى وثقافى واجتماعى متوسط، بالعيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، استمر البرنامج ستة أشهر متواصلة بواقع (٤) جلسات فى الأسبوع، ثم فترة المتابعة بعد شهر من تطبيق البرنامج.

استخدم الباحث مجموعة أدوات وهى كالآتى:

مقياس الاضطرابات السلوكية (إعداد الباحث)

قائمة تشخيص التوحد DSM-IV لسنة١٩٩٤. (ترجمة وتقنين: ماجد السيد، ١٩٩٩)

البرنامج العلاجى باللعب. (إعداد الباحث)

دراسة حالة (إعداد الباحث)

استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى. (إعداد الباحث)

توصلت النتائج إلى:

- تحقق صحة الفرض الأول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية من حيث خفض درجة الاضطرابات السلوكية.
- تحقق صحة الفرض الثانى بأنه لا توجد فروض ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج فى حدة الاضطرابات السلوكية.

- تحقق صحة الفرض الثالث بأنه توجد فروض ذات دلالة إحصـــائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعـــد تطبيقـــه لصالح القياس البعدى من حيث خفض حدة الاضطرابات السلوكية.
- كما تحقق صحة الفرض الرابع أيضاً بأنه توجد فـــروض لصـــالح التطبيق التالى لفترة المتابعة (٢) لمقياس الاضـــطرابات الســـلوكية لصالح القياس البعدى للمتابعـــة (٢) وذلـــك بالنســـبة للمجموعـــة التجريبية.
- تحقق صحة الفرض الخامس بأنه توجد فروض ذات دلالة إحصائية بين التغير الذى حدث للمجموعة التجريبية "أى صافى الفـــرق بـــين النقلة التى حدثت للمجموعة الضابطة والنقلة التى حدثت للمجموعة التجريبية".

Key Words الكلمات المفتاحية

١- التوحد	Autism
٢-برنامج علاجى باللعب	Play Therapy Program
٣-الاضطرابات السلوكية	Behavior Disorders

شكر وتقدير

"رب أوزعنى أن أشكر نعمتك التى أنعمت على وعلى والدى وأن أعمل صالحاً ترضاه وأدخلنى برحمتك فى عبادك الصالحين".

(النمل آية: ١٩)

الحمد لله الذى وهبنى القدرة على أن أقدم هذا البحث ويسر لى طريقى وأمدنى بالعون شكراً وحمداً يليق بعظيم وجهه وجلال سلطانه وعظيم كرمه، فالحمد لله الذى هدانى لهذا وما كنت لأهتدى لولا أن هدانى الله.

واعترافاً منى بالفضل لأصحابه أتوجه بأسمى آيات الشكر والامتنان لكل من ساهم فى إنجاز هذا العمل.

شكر وتقدير لهيئة الإشراف:

الأستاذة الدكتورة/ كاميليا عبد الفتاح المشرفة على البحث والتى كانت المثل والقدوة فى حب الدراسة وحسن معاملة طالب العلم والتى علمتنى كيف أبحث الظاهرة بموضوعية متبعاً فى ذلك خطوات المنهج العلمى فكانت أستاذتى الفاضلة التى تشجعنى دائماً وقد كان لتوجيهاتها أكبر الأثر والفائدة العلمية لجهودى جزاها الله عنى خير الجزاء.

الأستاذة الدكتورة/ منى حلمى أحمد سند، شكراً جزيلاً على ما أتاحته لى خلال فترة الإشراف من التعامل مع نموذج للثراء والرقى فى العلم والخلق.

كما أتوجه بأسمى آيات الشكر والتقدير والعرفان إلى أ.د. منى محمد على جاد أستاذ تربية الطفل ورئيس قسم العلوم التربوية بكلية رياض الأطفال وعميد الكلية سابقاً .

كما أتوجه أيضاً بأسمى آيات الشكر والامتنان إلى أ.د. أسماء محمد محمود السرس أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة والتى تتلمذت على يديها منذ فترة تمهيدى الماجستير وحتى إعداد هذا البحث .

شكر وتقدير لمن تعاونوا معى فى البحث:

١- من معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس الأستاذة الدكتورة/ فايزة يوسف، والأستاذ الدكتور/ إلهامى عبد العزيز، الأستاذ الدكتور/ عمر الشوربجى، الأستاذة الدكتورة/ أسماء السرسى، الأستاذة الدكتورة/ فؤادة هدية، الأستاذة الدكتورة/ علوية عبد الباقى، الدكتورة/ سامية سامى عزيز – لما قدموه من نصيحة وتوجيه، وعلم غزير للباحث منذ مرحلة تمهيدى ماجستير جزاهم الله كل خير عنى.

٢- من جامعة القاهرة أ.د/ على سليمان، أ.د/ مصطفى تركى، أ.د/ منى محمد على جاد، أ.د/ وفاء محمد كمال.

٣- أ.د/ سوسن إسماعيل عبد الهادى. كلية التربية بنات – جامعة عين شمس.

٤- د. إيناس عبد الفتاح. كلية الآداب – جامعة عين شمس.

شكر وتقدير للمؤسسات والهيئات التى ساهمت وساعدت كثيراً:

- معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس.
- مؤسسة التثقيف الفكرى – حدائق القبة.
- جمعية كاريتاس – مركز سيتى للإعاقة.

شكر وتقدير إلى أبى وأمى الذين تعلمت منهم أول دروس الحياة جزاهم الله عنى كل خير، وأيضاً أخوتى بهاء وعمر وهبة وأبنائهم (أحمد بهاء، مروة عمرو، سلمى محمد ، أنس بهاء) على جهدهم الصادق معى خلال فترة البحث، وكلذلك خالى رحمه الله محمد عطا.

كما أتوجه بالشكر أيضاً إلى أخى الأستاذ/ محمد عبد المجيد . لما بذله من جهد معى خلال فترة البحث .

"وآخر دعواهم أن الحمد لله رب العالمين"

الباحث

فهرس الموضوعات

تابع فهرس الموضوعات

تابع فهرس الموضوعات

تابع فهرس الموضوعات

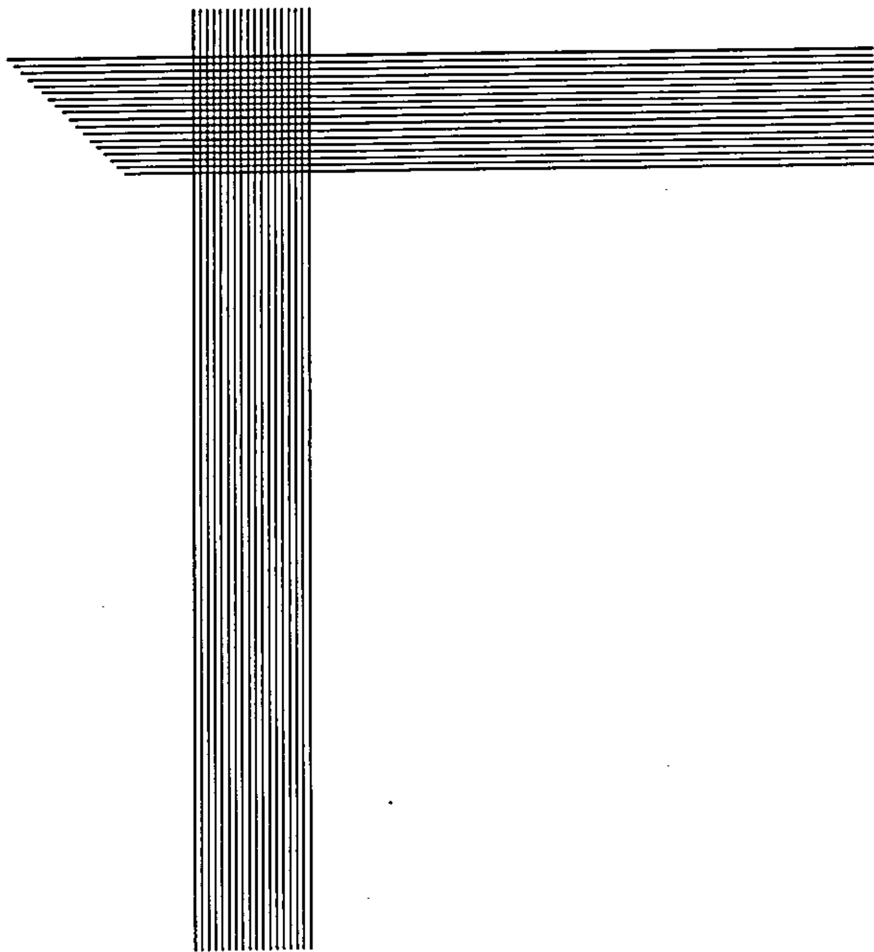
فهرس الأشكال

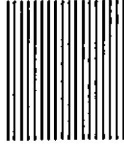
فهرس الجداول

تابع فهرس الجداول

تابع فهرس الجداول

الفصل الأول
مدخل للدراسة





الفصل الأول
مدخل إلى الدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة
ثانياً: مشكلة الدراسة
ثالثاً: أهداف الدراسة
رابعاً: أهمية الدراسة
خامساً: مصطلحات الدراسة
سادساً: حدود الدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة:

يعتبر الاهتمام بالأطفال في أي مجتمع اهتماماً بمستقبل هذا المجتمع بأسره، ويقاس مدى تقدم المجتمعات ورقيها بمدى اهتمامها بالأطفال والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم والعمل على حلها.

(Chass and Gordon, 1984, p. 24)

وتعد التوحدية لغزاً محيراً لكثير من علماء النفس والتربية بل أن العديد من الفلاسفة قد بدءوا أيضاً في دراسة هذه الظاهرة ووضع تساؤلات مختلفة مثل هل هناك علاقة بين السلوك الإنساني للطفل التوحدى والسلوك الحيواني؟ أما أن التوحدية باختصار استعراض للسلوك البدائي الموجود عند الفرد والتي تخفيه مظاهر الحضارة منذ التنشئة الاجتماعية والترويض البشري الذي يحددث حتى سن السادسة.

لذا اهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالطفل التوحدى Autistic child خاصة في السنوات الأخيرة حتى أننا نجد أغلب دوريات علم النفس في الخارج أخذت في إعداد مقالات متخصصة عن هذه العينة من الأطفال، ولا شك أن الازدياد العالمي لهذه النوعية من الأطفال قد أدى إلى ضرورة عمل دراسات متخصصة وسريعة لمعرفة طرق العلاج وإمكانية عمل برامج تربوية علاجية لمساعدة الآباء والمشرفين في تعديل سلوك أطفالهم.

(سهى أحمد أمين، ٢٠٠١، ص٢)

ويعد السلوك المضطرب من أهم وأخطر المشكلات لدى الأطفال التوحديين حيث أنه يحد من فاعلية وكفاءة البرامج التدريبية والتأهيلية ويمتد أثره أيضاً على مستوى تفاعل الأطفال التوحديين خارج إطار المراكز والمؤسسات الخاصة التي يتم تأهيلهم بها.

(أشرف محمد علي، ١٩٩٨، ص٢٢)

وتمتد آثار هذا الاضطراب لتؤثر على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطفل التوحدى حيث تظهر لديه ضروب من عدم القدرة على التوافق والتكيف مع المواقف والمتغيرات التي يواجهها مهما كانت بسيطة، الأمر الذي يؤثر تأثيراً سلبياً على مستوى التوافق لديهم سواء كان ذلك على المستوى النفسي أو الاجتماعي.

(السيد عبد العزيز، ١٩٩٩، ص٥)

ومن خلال الدراسات المختلفة اتضح أن مشكلة الأطفال التوحديين الأساسية هي معاناتهم من حدة بعض الاضطرابات السلوكية وهذا ما أكد عليه (Janney, 1989) في دراسته أن هؤلاء الأطفال يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية ومن أهمها سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط.

وأيضاً أظهرت دراسة (Klin, 1991) أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في التواصل مع الآخرين بالإضافة إلى انسحابهم من المواقف الاجتماعية.

كما أن وجود طفل توحدي ويتسم سلوكه بالاضطراب يؤثر على العلاقات داخل الأسرة وتجعلها مضطربة وذلك نتيجة لمعاناة الآباء والأمهات من سلوك أطفالهم المضطرب، مما يؤثر على البناء الداخلي للأسرة فتصبح شبه منطوية على نفسها.

(أشرف محمد علي، ١٩٩٨، ص٢٢)

ولذلك فإذا لم يعن المجتمع برعايتهم فإن المجتمع نفسه يخسر مرتين:

الأولى: عندما يخسر هؤلاء الناس كأفراد فاشلين غير متوافقين يعيشون عالة عليه.

الثانية: عندما يدفع المجتمع ثمن إهماله من حالات بؤس وشقاء في حياة أسرهم، أو يدفع مساعدات دائمة لهم ولأسرهم، أو عندما يتحمل المجتمع نتائج انحراف فئة منهم نتيجة لعدم توجيههم التوجيه الصحيح في الوقت المناسب.

(فاروق محمد صادق، ١٩٩٦، ص١٤)

ولذلك فإن مشكلة الطفل التوحدى تحظى باهتمام كبير لدى كثير من المجتمعات المتقدمة والنامية، لما لها من أبعاد طبية واجتماعية ونفسية وتعليمية وتأهيله، وهي أبعاد تتداخل بعضها مع البعض الآخر، الأمر الذي يجعل من هذه المشكلة نموذجاً فريداً في التكوين، ومن ثم يقتضي الأمر التعاون فيما بين الوالدين والأجهزة المختلفة لمساعدتهم في تعديل سلوك أبنائهم.

وخاصة إذا كان هذا السلوك يتسم بالاضطراب وعدم السواء لأن الطفل التوحدى لا يستطيع أن يقدر العواقب تقديراً سليماً، مما يعود بالضرر عليه أو

على الآخرين، وكانت الحاجة ملحة للبحث عن أسلوب علاجـي لهـذا السـلوك المضطرب.

ومن خلال رجوع الباحث للعديد من الدراسات السابقة وجد أن العـلاج باللعب من أحد الأساليب العلاجية الملائمة والمحببـة لـدى الطفـل التوحـدى والمناسبة لإمكانياته وقدراته ومن هذه الدراسات ما يلي:-

(Coldsteim and Cisor, 1992) حيث أكدوا على أن اللعـب سـاعد على زيادة مهارات الاتصال لدى الأطفال التوحديين وذلك مـن خـلال اللعـب التمثيلي.

كما أظهرت دراسة (Lewy, D., 1992) أن اللعـب يسـاعد الأطفـال التوحديين على زيادة مستوى وظائف الانتباه لديهم بشكل فعال. كما أكدت دراسة (Creedon, M., 1992) على أن اللعب ساعد على زيادة النشـاط الاجتمـاعي لدى الطفل التوحدى مع حدوث نقص واضح في سلوك إيذاء الذات لديهم.

إذاً فهدف العلاج باللعب كما ترى (نادية أبو السعود، ٢٠٠٢، ص٤) هو أن يوجه السلوك بغض النظر عن مسببات وراثية أو اجتماعيـة إلـى وجهـات مقبولة ومرغوبة تحقق للفرد ولمن حوله بعض السعادة.

ومن بعد استعراض بعـض الدراسـات الخاصـة بالطفـل التوحـدى واضطراباته السلوكية والتي تعد من أهم المشكلات التـي تسـبب لـه الشـذوذ الاجتماعي في علاقته بالآخرين، فتوصل الباحث أنه لا توجد دراسات متخصصة على المستوى المحلي وهذا على حد علم الباحث قد وضعت برنـامج علاجـي باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.

ثانياً: مشكلة الدراسة:

- وقد أظهرت الإحصائيات العالمية تزايداً كبيراً في نسبة وجـود الطفـل التوحدى والتي وصلت إلـى حـوالي ٣% مـن إعـداد الأطفـال ذوي الاحتياجات الخاصة وتعتبر هذه النسبة كبيرة بالمقارنـة بغيرهـا مـن الإحصائيات المرتبطة بالأطفال.

(Maria, Jean, 1993, P. 60)

- تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في التحقق من فاعليـة برنـامج علاجـي باللعب في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لـدى عينـة مـن الأطفال التوحديين ممن تتراوح أعمارهم من سن ١٠:١٢ سنة.

- أما الوضع في مصر فإنه لا توجد إحصائيات تبين نسبة هذه الفئة وهذا راجع إلى أن هناك خلط كبير بين هذه الفئة من الأطفال وبين الكثير من الإعاقات المختلفة وأيضاً لأنه يحدث خطأ في التشخيص لهذه الفئة من الأطفال التوحديين فالبعض يشخصهم على أنهم أطفال معاقين ذهنياً أو أطفال مصابين بالصمم.
- وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن التوحدية في حد ذاتها عند الأطفال تمثل مشكلة نفسية واجتماعية وتعليمية مما يترتب عليه إصابة الطفل التوحدى بالعديد من الاضطرابات السلوكية، ومن أمثلة هذه الدراسات:

(Njardivik, 1999) – (Bennis, 1999) – (السيد عبد العزيز، ١٩٩٩) – (أميرة طه، ٢٠٠١) – (عادل عبد الله، ٢٠٠٢)

- وبالتالي يحتاج هؤلاء الأطفال إلى خدمات وقائية وعلاجية "نفسية واجتماعية وتربوية وطبية" حتى لا تتفاقم اضطراباتهم السلوكية وتؤدي إلى نتائج خطيرة وسلبية.
- ولذلك فإن الطفل التوحدى في حالة ماسة إلى قيامه بالمشاركة في جلسات العلاج باللعب كوسيلة للاستبصار والتنفيس حيث يتاح للطفل من خلال اللعب فرصة التعبير عما يدور في نفسه بطريقة مقصودة دون خوف من تقييم أو عقاب ويؤكد هذا الاتجاه ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات ومنها على سبيل المثال:

(Buhagiar, 1999) – (Carter, 2001)

وتتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

- إلى أي حد يؤثر البرنامج العلاجي باللعب في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى؟
- هل توجد فروق بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية في اضطرابات السلوك قبل تطبيق البرنامج العلاجي باللعب؟
- هل توجد فروق بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية من حيث خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية؟

- توجد فروق بين أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج العلاجي باللعب من حيث خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية .
- توجد فروق بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي من حيث خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية .
- هل توجد فروق بين أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي (١) ودرجاتهم في التطبيق البعدي (٢) لصالح القياس البعدي من حيث خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية؟

ثالثاً: أهداف الدراسة:

**** الهدف النظري:**

- تحاول هذه الدراسة وضع إطار جديد عن الطفل التوحدى وذلك لندرة الدراسات المحلية عن هذه النوعية من الأطفال وكيفية رعايتها وهذا على حد علم الباحث.
- الكشف عن أهم الاضطرابات السلوكية وحدتها وأكثرها شيوعاً لدى الطفل التوحدى وذلك من خلال إعداد مقياس للاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.
- كما تحاول هذه الدراسة إعداد دراسة حالة للطفل التوحدى من سن ١٠:١٢ سنة وكذلك إعداد استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة.

**** الهدف التطبيقي:**

- إعداد برنامج علاجي باللعب يحتوي على بعض الأنشطة والألعاب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.

رابعاً: أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة إلى التعرف على ما يلي:

- مدى أهمية الأنشطة والألعاب المختلفة التي يتضمنها البرنامج العلاجي باللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.

- كما تتضح أهمية هذه الدراسة أنها تتناول تشخيص الاضطرابات السلوكية والتي تمثل مشكلة حقيقية لدى كثير من الأطفال التوحديين.
- كما أن ما يتوصل إليه البرنامج من نتائج إيجابية سوف تخدم بلا شك فئة الأطفال التوحديين وأسرهم وتخفف من وطأة الضغوط الوالدية لآباء هؤلاء الأطفال.
- مساعدة أسرة الطفل التوحدى من خلال توجيههم وإرشادهم إلى الطرق السليمة للتعامل والتواصل مع أبنائهم.
- محاولة التوصل إلى برامج علاجية تخدم مؤسسات الإعاقة العقلية والتمييز بين التوحدى وغير التوحدى وغيره من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- مساعدة الأخصائيين النفسيين في تطويع البرنامج العلاجي باللعب وفق أعمار وسمات مختلفة.
- محاولة سد النقص في مجال البرامج المقدمة للأطفال التوحديين في البيئة العربية، وخاصة تلك التي تهتم بإكساب الطفل التوحدي السلوكيات المقبولة.

خامساً: **مصطلحات الدراسة**:

(١) التوحد Autism:

"نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتيجة لاضطرابات نيرولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظي أو غير لفظي ودائماً ما يستجيب هؤلاء الأطفال إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغير يحدث في بيئتهم ودائماً ما يكرروا حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة، ويتم الآن البحث عن أهم الطرق التي تعمل على رفع مستوى هؤلاء الأطفال التوحديين".

(Autism A Society of America, 1999)

(٢) العلاج باللعب Play Thirapy:

تعرفه كاميليا عبد الفتاح (١٩٩٨) حيث ترى أن كلمة اللعب في العلاج لا تشير ضمناً إلى المعنى المألوف من النشاط ولكنها تعني حرية التصرف، حرية التفاعل، حرية التعبير، حرية الكذب والشك، وحرية الاحترام.

(كاميليا عبد الفتاح، ١٩٩٨، ص١٢)

(٣) مفهوم البرنامج Program:

أ - تعريف "المعجم العربي الأساسي، ١٩٨٩، ص١٥١": برنامج: جمع برامجُ، وتعني منهج أو مخطط يوضع لفرض ما.

ب - تعريف "المعجم الوجيز، ١٩٩٢، ص٤٧":

برنامج: جمع برامجُ، وتعني الخطة المرسومة لعمل ما.

جـ- تعريف "أحمد ذكي بدوي، ١٩٩٩، ص٣٣١":

"يوضح البرنامج سير العمل الواجب القيام به لتحقيق الأهداف المقصودة، كما يوفر الأسس الملموسة لإنجاز الأعمال ويحدد نواحي النشاط الواجب القيام بها خلال مدة معينة".

د - تعريف "ليلى كرم الدين، ١٩٩٩، ص١٢":

"مجموعة من الخبرات التي يتعرض لها الأفراد بطريقة معروفة ومحددة بهدف اكتسابهم معلومات أو مهارات أو اتجاهات في جانب محدد من جوانب سلوكهم".

(٤) الاضطرابات السلوكية Behavior Disorders:

يشير مصطلح الاضطرابات السلوكية إلى "العمليات العقلية الدالة على سوء الأداء الوظيفي الدائم والآثار والأنماط السلوكية المرتبطة بهذه العمليات كما ترتبط الاضطرابات السلوكية بالقيم الاجتماعية السائدة وخاصة تلك التي تحدد المشاعر المرغوب فيها والسلوك المعتدل"

(Boyle and Jones, 1985, P. 137)

سادساً: حدود الدراسة:

تتحدد هذه الدراسة بما يمكن التوصل إليه من نتائج على أساس حجم وخصائص عينة الدراسة وأسلوب اختيار العينة هذا بالإضافة إلى طبيعة الأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة.

ويمكن إجمال هذه الحدود في النقاط التالية:

(١) تتحدد الدراسة الحالية بالموضوع الذي تناوله الباحث وهو: "التعرف على فاعلية برنامج علاجي باللعب في خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية وذلك لدى عينة من الأطفال التوحديين".

(٢) وتتراوح أعمارهم من ١٠:١٢ سنة، وتتكون عينة الدراسة من (١٠) أطفال كمجموعة تجريبية و (١٠) أطفال كمجموعة ضابطة.

(٣) وتم اختيار عينة الدراسة من الأطفال المترددين بصفة دائمة على المركز العلاجي الخاص بمعهد الدراسات العليا للطفولة بجامعة عين شمس.

(٤) وتتحدد هذه الدراسة أيضاً بالطريقة التى طبق ونفذ بها الباحث البرنامج من حيث الاعتماد على التطبيق الفردى أو الجمعى وذلك بفرض تحقيق الملائمة الإكلينيكية لموضوع الدراسة بأكبر قدر ممكن.

(٥) كما تتحدد الدراسة بالمقاييس والأدوات مع بيان بالأساليب الإحصائية المستخدمة كما سيرد ذكرها بالتفصيل فى الفصل الرابع من الدراسة الحالية.

(٦) كما تتحدد الدراسة الحالية أيضاً بما يلى:

أ-المتغير المستقبل: وهو البرنامج العلاجى باللعب.

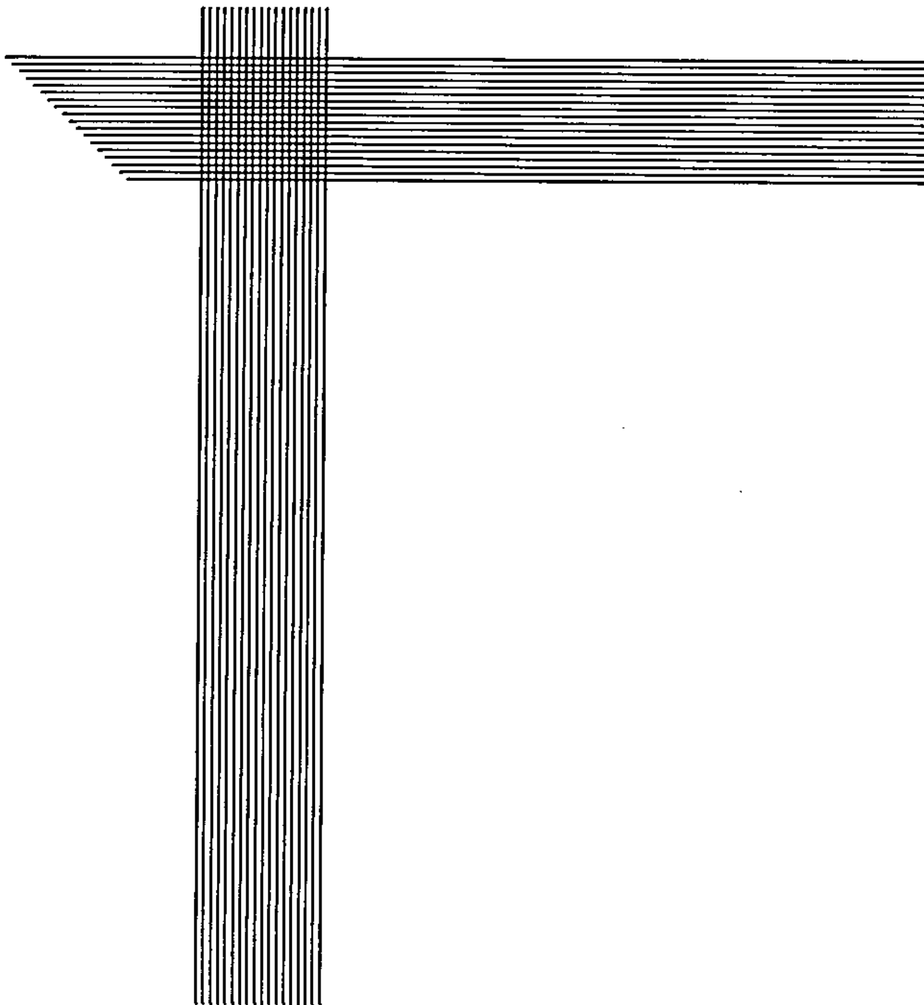
ب-المتغير التابع: اضطرابات السلوك لدى الطفل التوحدى.

جـ-المتغير الوسيط: وتضم "الجنس، والسن، والمستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى ونسبة التوحدية".

وقد تم تحييد هذه المتغيرات عن طريق إجراءات المجانسة لأفراد مجموعة الدراسة باستخدام الأدوات المناسبة.

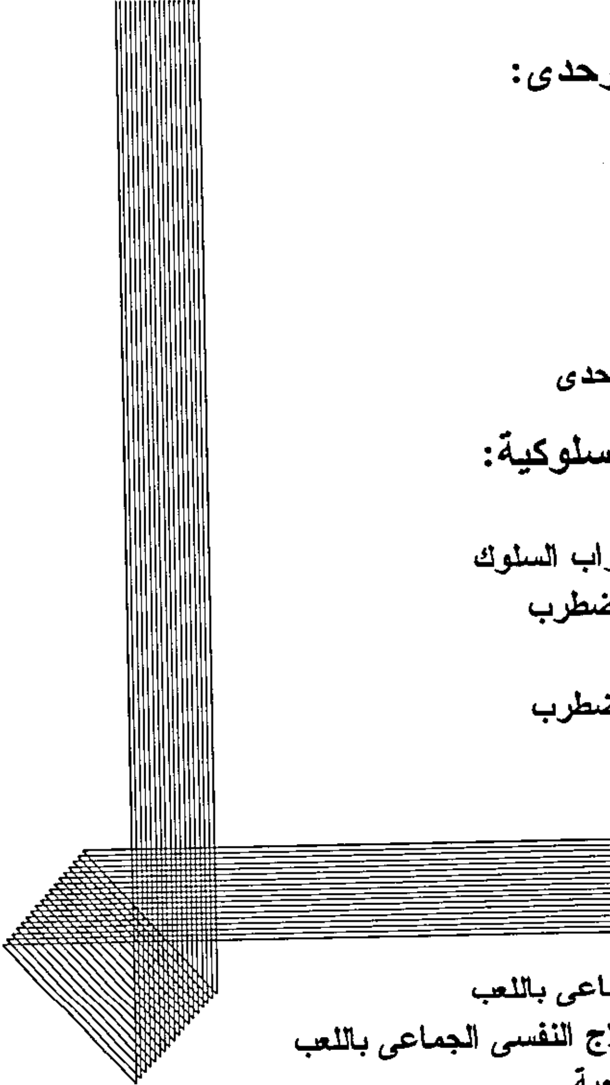
- قدم الباحث في هذا الفصل مقدمة تمهيدية عامة تناولت موضوع الدراسة من حيث أهميتها وأهدافها، مروراً بمشكلة وتساؤلات الدراسة بالإضافة إلى حدود الدراسة وأهم التساؤلات المطروحة.
- وسوف يتناول الباحث في الفصل الثانى الإطار النظرى للمتغيرات الأساسية للدراسة.

الفصل الثانى
الإطار النظرى للدراسة



الفصل الثانى

"الإطار النظرى للدراسة"



أولاً: الاضطراب التوحدى:

- مفهومه
- مدى انتشاره
- أسبابه
- تشخيصة
- خصائصه
- اللعب والطفل التوحدى

ثانياً: الاضطرابات السلوكية:

- مفهومه
- مدى انتشار اضطراب السلوك
- مصير السلوك المضطرب
- أسبابه
- أشكال السلوك المضطرب

ثالثاً: العلاج باللعب:

- مفهومه
- نظريات اللعب
- العلاج باللعب
- العلاج النفسى الجماعى باللعب
- مجال استخدام العلاج النفسى الجماعى باللعب
- أساليب اللعب العلاجية
- الإعداد لجلسات العلاج النفسى الجماعى باللعب
- العلاقة بين المعالج النفسى والطفل فى الموقف العلاجى
- محددات العلاقة العلاجية

أولاً: الاضطراب التوحدى
AUtistic Disorder

مقدمة:

بدأ الاهتمام يزيد في الآونة الأخيرة بنوعيــة الاضــطرابات التطوريــة الارتقائية والتى تصيب الأطفال الصغار وتؤثر على ارتقــائهم وبالتــالى علــى مستقبلهم في الحياة.

وبدأ الاهتمام يزيد من منطلق أنه لا بد من سرعة التدخل ولــيس فقــط الوقوف على الأسباب التى ترجع لها هذه الاضطرابات وذلك لأنه الوقوف علــى الأسباب تجعل المشكلة تتزايد لأنها بالطبع موجودة أى لا بد من إيجــاد الحلــول السريعة للتدخل وذلك من أجل رفع كفاءة هؤلاء الأطفال وهم في ســن صــغير ليستطيعوا مواجهة الحياة بصورة أسهل.

وتعد التوحدية من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيداً ذلك لأنها تؤثر على الكثير من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالى تؤدى بــه للانســحاب للداخل والانغلاق على الذات، وهذا بالتالى يضعف من اتصــال الطفــل بعالمــه المحيط به ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أى نوع من الاقتراب الخارجى منــه ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء الغير طبيعية أكثر من تعامله مع الأشــخاص المحيطين به، فهذا يجعل من حوله دائم الحيرة في طريقة التعامل معه ومن ثــم تزداد المشكلة تعقيداً وذلك لعدم توافر الطرائق أو البــدائل الســريعة والســهلة لاختراق هذا الغلاف الزجاجى الذى يفضل أن يبقى فيه هذه النوعية من الأطفال.

(سهى أحمد أمين، ٢٠٠١، ص١١)

ولذلك اهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالطفل التوحدى خاصة فــي السنوات الأخيرة حتى أننا نجد أغلب دوريات علم النفس أخذت في أعداد مقالات متخصصة عن هذه الفئة من الأطفال، ولا شك أن ازدياد الاهتمام العالمى بهــذه النوعية من الأطفال قد أدى إلى ضرورة عمل دراسات متخصصة لمعرفة طرق العلاج وإمكانية عمل برامج تربوية وعلاجية لمساعدة الآباء والمشرفين في تعديل سلوك أطفالهم التوحديين.

(Renes, Jollen, 1997, P. 5)

تعريف الاضطراب التوحدى:

تعددت التعريفات واختلفت في تحديد مسمى للطفل التوحدى فمثلاً سمى بالطفل الاجترارى لأنه "يكرر نفس السلوك أو نفس الكلام بنفس الطريقة" وسمى أيضاً بالطفل التوحدى وذلك "لأنه يفضل أن يظل بمفرده طوال عمره ولا يحب الاتحاد أو التوحد مع أحد غير نفسه".

والمسميات السابقة كلها تهدف إلى وصف فئة معينة تحمل نفس الصفات وهى فئة الاضطراب التوحدى وهى من أواخر المصطلحات التى نشرت عن الطفل التوحدى.

ويعرف الاضطراب التوحدى Autistic Disorder فى الكثير من الدراسات ودوائر المعارف على أنه:

- كلمة توحد Autism مأخوذة من اللغة الإغريقية Autos وتعنى النفس Self، وذلك للتعبير عن العزلة الشديدة.

(فريد معتوق، ١٩٩٣، ص٥٥)

- ويستخدم تعريف "كانر" للتوحد Autism والذى تعنى باللغة العربية التوحد بخياله والضعف فى الترابط الاجتماعى مع الغير.. .. أى أن التوحد يعنى الوحدة والانعزالية فى خيال الطفل وتصرفاته التى يقوم بها لوحده دون أن يشارك أناساً آخرين معه، كما يفعل الأطفال الأسوياء.

(محمد بن أحمد الفوزان، ٢٠٠٠، ص١٧)

- وقد ظهر التوحد لأول مرة فى دليل التشخيص الإحصائى الثالث للاضطرابات العقلية عام ١٩٨٠ تحت اسم التوحد الطفلى Infantile Autism وقد استبعد مصطلح Infantile فى مراجعة دليل التشخيص الإحصائى الثالث DSM-III-R عام ١٩٨٧ وظهر التوحد باسم Autistic Disorder بمعنى الاضطراب التوحدى وظل فى الصورة الرابعة لدليل التشخيص الإحصائى بنفس الاسم.

(Volkmar et al., 1988, P. 1405)

ويعرف أحمد ذكى (١٩٨٦) الاضطراب التوحدى بأنه:

"نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التى تتعارض مع الواقع، والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التى لم تتحقق، ويقال للتفكير الاجترارى أنه يجعل الخيال يحل محله الحقيقة".

(أحمد ذكي بدوى، ١٩٨٦، ص٣٢)

ويعرفه كمال دسوقى (١٩٨٨) بأنه:

"اهتمام مرضى بالنفس، مع عدم المبالاة بالآخرين من الناس، والتراجع إلى الخيالات المرضية، ويكون تفكير الفرد وإدراكه تبعاً لحاجاته ورغباته الشخصية بغير وجه حق وعلى حساب الحقيقة الموضوعية، ويشعر المريض باللذة من الخيالات والأوهام".

(كمال دسوقى، ١٩٨٨، ص١٥١)

وعرف "Wolf" الأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدى على أنهم اللذين:

١- ينقصهم الاتصال الانفعالى.

٢- ينقصهم الاتصال اللغوى مع شذوذ فى شكل ومضمون الكلام وترديد آلى لما يسمع.

٣- شذوذ فى اللعب والتحليل.

٤- النمطية والتقولب والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة إيذاء أى تغير في هذه الأنماط مع وجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل "هى الرأس – حركة اليدين – الأصابع ......".

(Wolf, S., 1988, P. 576)

وتعرف "Marica" اضطراب التوحد بأنه:

"مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس، والاستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط".

(Marica, D., 1990)

- وأوضح "Brown" على أنه يوجد أربعة محاور يعاني منها الطفل التوحدى وتظهر فيها القصور وهى كالآتى:-
  ١- علاقات مختلة.
  ٢- صعوبات فى التواصل.
  ٣- أنماط سلوكية ذات طابع متصلب.
  ٤- نمو مشتت ذات طبيعة خاصة.

(Brown, w., 1990, P. 25)

كما عرفه "Lewis" وآخرون على أنه:

"اضطراب ارتقائى يتميز بانحراف واضح فى الارتقاء اللغوى والاجتماعى مصحوب بسلوك نمطى ورغبة فى المداومة على الأعمال الروتينية وعادة ما يرتبط بالتخلف العقلى".

(Lewis and Volkmar, 1990, P. 348)

وعرفه فتحى السيد بأنه:

"اضطراب من اضطرابات الطفولة يجعل صاحبه غير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية".

(فتحى السيد، ١٩٩٠، ص٥٠٥)

ويعرفه "Cohen" بأنه:

"اضطراب نفسى عصبى شديد ذو بداية مبكرة يتميز باضطراب فى الارتقاء الاجتماعى والمعرفى والتواصلى وذو محدد للذكاء".

(Cohen and Volkmar, 1991, P. 1)

ويعرف "Gillberg" الاضطراب التوحدى بأنه:

"زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة مصحوبة فى الغالب بنسبة ذكاء منخفض، وتتسم بشذوذ فى التفاعل الاجتماعى واتصال شاذ".

(Gillberg, C., 1992, P. 386)

ويعرف بول موش لتوحد بأنه:

"اضطراب عقلى خطير يصيب صغار الأطفال ويتميز بالاستغراق فى الخيال إلى حد الابتعاد عن الاهتمام بالواقع وإلى حد العجز عن استخدام اللغة فـــى التفاهم والتواصل الفكرى"

(بول موش، ١٩٩٣، ص٥٢٥)

ويعرف "رمضان محمد القذافى" التوحد بأنه:

"حالة اضطراب عقلى يصيب الأطفال وعلى الرغم مـــن مظهـــر الأطفـــال الطبيعى إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم مـــن الأطفـــال بشـــكل طبيعى، بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكى والاجتماعى والانفعالى والذهنى".

(رمضان محمد القاذفى، ١٩٩٤، ص١٥٩)

ويعرف "Osterling" التوحد بأنه:

ذلك الاضطراب الذى يتضمن قصوراً فى التواصل الانفعالى وتأخر فى النمو اللفظى المصاحب بشذوذ فى شكل ومضمون الكلام والترديد الآلـــى وعـــدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أى تغير".

(Osterling, 1994, P. 247)

وعرفتها الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية سنة ١٩٩٤:

الاضطراب التوحدى هو فقدان القدرة على التحسن فى النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعى وهو عادة يظهر فـــى سن قبل ثلاث سنوات والذى يؤثر بدوره على الأداء فى التعليم وفى بعـــض الحالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلى لمقاطع معينة من خدمات محددة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديد لأى تغيير فى الروتين اليومى وكذلك يظهـــرون ردود أفعال غير طبيعية لأى خبرات جديدة".

(A.P.A, 1994)

ويرى "Bauer" أن التوحد هو:

"أحد الأشكال الحادة جداً والشديدة ضمن مجموعة من الاضطرابات التى يطلق عليها الاضطرابات النمائية المنتشرة " Pervasive developmental disorders" وتعرف اختصاراً بالحروف الأولى التالية (PDDs) وتتميز الاضطرابات النمائية المنتشرة بأن المصابين بها يعانون من أوجه قصور فى الصلات الاجتماعية، ومهارات التواصل، وبوجود أنشطة غير سوية، واهتمامات شاذة من قبيل السلوكيات الطقوسية، والسلوكيات النمطية، والضعف فى مهارات اللعب".

(Bauer, S., 1995, P. 425)

ويعرف "Wallace" التوحد بأنه:

"اضطراب ارتقائى عام يتميز بقصور التفاعل الاجتماعى وقصور التواصل ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات وعادة ما يبدأ قبل الشهر الثلاثين من العمر".

(Wallace, et al., 1997, P. 458)

ويطلق "ماجد السيد على عمارة" على التوحد مصطلح:

"الانغلاق النفسى" ويعرفه بأنه: "حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين، أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل أى تواصل معهم وبالذات التواصل البصرى وتتميز لغته بالاضطراب الشديد، فيغلب عليها الترديد والتكرار لما يقوله الآخرون أو الاجترار. والطفل المنغلق نفسياً لديه سلوك نمطى وانشغال بأجزاء الأشياء نفسها ويتميز عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية".

(ماجد السيد على عمارة، ١٩٩٩، ص١٠)

ويرى "عبد العزيز الشخصى" أن التوحد الطفولى:

يعد من أحد الاضطرابات النمائية أو الشاملة التى تعتبر من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجاً وإرباكاً وحيرة، لأنها تتضمن انحرافاً فى جميع جوانب الأداء

النفسى خلال مرحلة الطفولة بما فى ذلك الانتباه والإدراك والـتعلم واللغـة والمهارات الاجتماعية والاتصال بالواقع والمهارات الحركية".

(عبد العزيز الشخصى، ٢٠٠٢، ص٢٥)

وأخيراً تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

حيث ترى أن التوحد هو: "إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهى تنتج عن اضطراب فى الجهاز العصبى مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مـع الأعـراض السلوكية المصاحبة له بنسبة (١) من بين (٥٥) شخص وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ٤:١، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامـل عرقية، أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعيـة أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أى علاقة بالإصابة بالتوحد".

(Autism A Society of America, 2003)

تعليق على التعريفات السابقة:

ويهم الباحث بعد أن عرض للعديد من التعريفات التى تصـدت لتحديـد وتعريف إعاقة التوحد أن يخرج ببعض النقاط المهمـة التـى وردت فـى هـذه التعريفات والتى يمكن أن تشكل محاور يتضمنها تعريف شامل لإعاقـة التوحـد وذلك على النحو التالى:

أ- أن هناك اختلاف بين الباحثين على استخدام مصطلح واحد للتعبير عن هذه الإعاقة باللغة العربية ومن ضمن هذه المصطلحات التـى أطلقـت علـى مصطلح Autism ما يلى:

١- الذاتوية الطفلية.
٢- الانشغال بالذات.
٣- الاجترار.
٤- الذهان الذاتوى.
٥- فصام الطفولة.
٦- التمركز الذاتى.
٧- الأوتيسية.
٨- التوحدية.

٩- الفصام الذووى.
١٠- الانغلاق الطفولي.
١١- ذوى الأوتيزم.
١٢- الانغلاق النفسى.

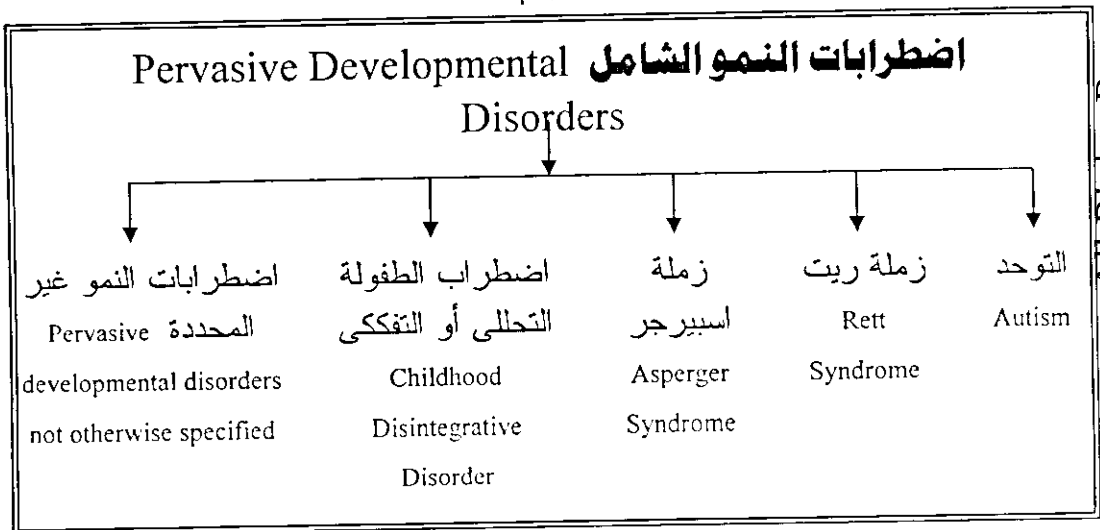
ب- وهكذا يجد الباحث فى مجال هذه الإعاقة أنه أمام ألفاظ عربية عديدة يتداولها الباحثون للإشارة إلى كلمة أجنبية واجدة وهى Autism.

جـ- وتعدد المصطلحات يعنى أن هناك إشكالية فى الاتفاق على مصطلح واحد يستخدم للتعبير عن إعاقة التوحد غير أنه يتعين الإشارة إلى أن أكثر المصطلحات استخداماً فى الآونة الأخيرة هو مصطلح "التوحد"، وفى نفس الوقت يجب الإشارة إلى أن شيوع استخدامه لا يعنى أنه أكثر دقة فى التعبير عن مضمون هذه الإعاقة.

د- أنه يتعين على من يتصدى لتعريف هذا المصطلح أن يشير إلى عدة أمور منها ما يلى:

(١) أن التوحد هو أحد الاضطرابات الارتقائية أو النمائية المنتشرة كما فى شكل رقم (١). وقد تم تصنيف إعاقة التوحد فى الإصدار الرابع للدليل الإحصائى لتشخيص الأمراض العقلية DSMIV, 94 ضمن مجموعة من الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) حيث تضم هذه المجموعة الاضطرابات الآتية:

شكل رقم "١"



(٢) يتميز التوحد بأنه ارتقاء غير طبيعى يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات.

(٣) كما أنه يتميز باضطراب فى الاستجابة للمثيرات الحسية.

(٤) كما أنه يتميز باضطراب فى التواصل مع الآخرين.

(٥) أنه يتميز باضطراب فى اللغة والكلام.

(٦) يتميز بالانغلاق على الذات.

(٧) أنه يتميز بأنماط سلوكية مقولبة "نمطية متكررة".

(٨) أنه نادر الحدوث وتتراوح نسبة حدوثه ما بين ٢:٤ فى كل عشرة آلاف طفل.

(٩) تزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ٤:١.

(١٠) لا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أى علاقة بالإصابة بالتوحد.

(١١) وقد لوحظ أن حوالى ٤٠% من الأطفال التوحديين لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٠-٥٥) وحوالى ٣٠% يتراوح معامل ذكائهم بين (٥٠-٧٠) ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء، كما أن حوالى ٢٠% من التوحديين لديهم ذكاء لفظى سوى.

ويعرف الباحث الاضطراب التوحدى إجرائياً على النحو التالى:-

"هو أحد الاضطرابات الارتقائية (النمائية) المنتشرة والتى تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ومن سمات هذا الاضطراب العجز عن التواصل مع الآخرين، والاندماج فى أنشطة نمطية متكررة أو القيام بحركات معادة بلا تغيير والرفض لأى تغييرات فى البيئة المحيطة أو فى روتين الحياة، ويتميز أيضاً بشذوذ فى التفاعل الاجتماعى، كما يتميز برد فعل مبالغ فيه للمثيرات الحسية مع وجود اضطراب فى الكلام واللغة وينتشر هذا الاضطراب أكثر بين الذكور عن الإناث بنسبة ٤:١، ويستمر هذا النوع من الاضطراب مدى الحياة ولكن تتحسن الحالة سواء فى الجانب الاجتماعى أو

التواصلى، أو السلوكى، أو المعرفى وذلك من خلال التدريبات العلاجية المقدمة له".

مدى الشيوع والانتشار للاضطراب التوحدى:

أ - معدل الانتشار بالمجتمعات:

- اختلفت نتائج الدراسات التى تحدد نسبة انتشار الاضطراب التوحدى، فيرى أيدسون Edeson (١٩٩٨) أن التضارب فى معدلات الانتشار يرجع إلى البلد الذى تتم فيه الدراسة، وإلى اختلاف الدلالات التشخيصية، وقد يكون السبب فى الاختلاف راجعاً إلى خطأ فى التشخيص واختلاف فى عمر الأطفال موضوع الدراسة.

(نادية أبو السعود، ٢٠٠٢، ص٥٠)

- ويحدث التوحد فى طفلين إلى أربعة أطفال من كل ١٠,٠٠٠ طفل تحت سن ١٢ وحتى سن ١٥ سنة، وذلك على أساس دراسات أجريت فى أفريقيا واستراليا وأمريكا وبريطانيا والسويد والدانمارك.

(لويس كامل مليكة، ١٩٩٨، ص٢٦٠)

- وفى مصر أشار المؤتمر العربى السادس للطب النفسى عام ١٩٩٤ إلى أن ٢% قريباً من السكان الذين يصنفوا كمعاقين عقلياً أو لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية يكونوا مصابين بالتوحد أو الحالة الشبيهة بالتوحد Autistic like.

(هدى أمين، ١٩٩٩، ص٣٣)

ب - مدى انتشار الاضطراب التوحدى بين البنين والبنات:

يحدث الاضطراب التوحدى بمعدل ٤ مرات أكثر فى الأولاد عن البنات ولا يذكر سبب مفهوم إلى الآن فى ظهور التوحدية عند البنين أكثر من البنات، ولكن أثبتت الأبحاث أن فى حالة إصابة البنات تكون إعاقتهم أكثر صعوبة وخطراً وتكون درجة ذكائهم منخفضة جداً عن غيرهم من البنين الذين فى مثل حالتهم.

وأشارت الدراسات فى أمريكا إلى أن هناك معدل انتشار كبير لإصابة الأولاد الذكور. الذين هم أوائل مواليد لآبائهم وأيضاً لا يعرف سبب ذلك حتى الآن.

(سهى أحمد أمين، ٢٠٠١، ص١٨)

جـ-معدل الانتشار بالنسبة للطبقات الاجتماعية والاقتصادية:

- كان الأحد عشر طفلاً الذين وصفهم "كانر" بأنهم يعانون من الاضطراب التوحدى ينتمون إلى عائلات متعلمة وذكية حققت إنجازات هامة. وقد وردت أسماء أفراد من ثمان عائلات فى قوائم المشهورين والعلماء ولا زالت دراسات أخرى تقرر ارتفاع نسبة تمثيل الطبقات الأعلى بين الأطفال التوحديين رغم أن بعض التقارير الحديثة لم تستطيع أن تؤكد ذلك.
- وعبر التغيرات الأخيرة تزايدت نسبة الحالات بين الطبقات الاقتصادية - الاجتماعية الأدنى، وقد يرجع ذلك إلى تزايد الوعى بالزملة وزيادة توفر العاملين فى مجال الصحة بالعقلية بين هذه الطبقات ولذلك فإن الاحتمال كبير بأن تكون زيادة النسبة بين الطبقات الأعلى هى نتيجة مصطنعة لمصادر الإحالة وللتعرف على المرضى.

(لويس كامل مليكة، ١٩٩٨، ص٢٦١)

د - معدل الانتشار فى الأسرة الواحدة:

ترتفع نسبة انتشار التوحد فى الأسرة الواحدة فحوالى ٢:٩% من أقارب الأطفال التوحديين مصابين بالتوحد أيضاً بزيادة تتراوح من ١:٢% أكثر من ظهوره فى المجموع العام للسكان وهذا يؤيد دور العوامل الجينية فى حدوث الاضطراب.

وترتفع نسبة ظهور الاضطرابات الاجتماعية والصعوبات المعرفية واللغوية لدى أقارب الأطفال المصابين بالتوحد.

وتقدر نسبة انتشار التوحد بين التوائم المتطابقة أعلى بالمقارنة بالتوائم غير المتطابقة.

(هدى أمين، ١٩٩٩، ص٣٣)

أسباب الاضطراب التوحدى:

يعتبر الاضطراب التوحدى من الاضطرابات التـى يمكـن أن تعـزى لأسباب متعددة منها ما يتعلق بالجانب السـيكولوجى والأسـرى، والبيولـوجى والبيوكيميائى بالإضافة إلى الجانب الوراثى، فقد تناولها العلماء والباحثين وقدموا تفسيرات علمية لحدوث الاضطراب التوحدى لدى الأطفال من خـلال أبحـاثهم ودراساتهم كل فى تخصصه، وسوف نتعرض هنـا لأهـم العوامـل المسـببة لاضطراب التوحد وذلك من خلال أطر نظرية مختلفة على النحو التالى:

(١) إعاقة التوحد من منظور سيكوديناميى: Psycho Dynamical

- يرجع أصحاب النظريات السيكودينامية التوحد إلى خبرات الحياة الباكرة وخاصة تلك الخبرات التى تشترك فيها الأم والطفل وربما كانت أشـهر هذه النظريات تلك التى صاغها برونو بتلهـايم Bruno Bettelheim عام ١٩٦٧.

- وقد وصف "كانر" أباء وأمهات الأطفال التوحديين بأنهم باردون وغيـر حساسين ووسواسيون ومنطوون، ومتباعدون وقد رأى أن أولئك الأطفال تمت تربيتهم فى ثلاجة انفعالية.

(توماس أو لتمانز وآخرون، ٢٠٠٣، ص٤٤٥)

- وعلى الرغم من ذلك فإن هذه النظريات النفسية لم تعـد تشـغل نفـس الاهتمام كما يؤكد كالات Kalat عام ١٩٩٥ حيث رفض معظم البحثين هذه النظريات للعديد من الأسباب ومن أهمها ما يلى:

١- إذا كان السلوك الوالدى يؤدى إلى الاضطراب التوحدى فلماذا يكون معـدل الصعوبات المماثلة منخفضاً لدى الأخوة.

٢- أن السلوك الوالدى المنحرف الذى قررته البحوث يمكن أن يكـون رد فعـل لشذوذ الطفل أكثر منه إلى أى شيء آخر.

٣- كما أكدت البحوث أن أباء الأطفال التوحديين لا يختلفـون فـى الشخصـية والسلوك التكيفى والذكاء والطبقة الاجتماعية عن أباء الأطفال الأسـوياء أو أباء الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية الأخرى.

٤- كما أن المعاملة التى يشوبها الدفء والحب لم تؤدى إلى اختفاء الاضطراب التوحدى.

(٢) إعاقة التوحد من منظور بيولوجى: **Biological**

يعتقد أن الحالات التى تسبب تلفاً للدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها تهيئ الحدوث الاضطراب مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية (Rubella)، والحالات التى لم تعالج من التصلب الحدبى (Tuberus Sclerosis) والاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع، وفى دراسة استخدم فيها الرنين المغناطيسي لدراسة المخ عن شذوذات قشرية خاصة Polimicrogyria فى بعض الأطفال المصابين بالتوحد وكشفت دراسة المخ بعد الوفاة نقص خلايا بركنج، وفى دراسة أخرى يوجد زيدة منتشرة من أيض قشرة المخ خلال Positron Emission Tomography Scanning.

(محمود حمودة، ١٩٩٨، ص١٥٥)

وهناك العديد من الاعتبارات التى تجعل التفسيرات البيولوجية لاضطراب التوحد مقبولة ومن أهمها ما يلى:

(١) أن عمر بداية الاضطراب التوحدى مبكر جداً.

(٢) هناك زملة أعراض مماثلة للتوحدية تماماً قد تنشأ فى عقب أمراض المخ مثل التهاب الدماغ Encephalitis.

(٣) أن الضعف العقلى يرتبط فى الغالب بنوع من اضطراب وظيفة المخ، فإن حوالى ٨٠% من الأطفال المصابين بالتوحد لديهم مستويات منخفضة من الذكاء.

(٤) وجود أنماط شاذة من موجات المخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد من خلال رسام المخ الكهربائى (EEG).

(توماس أولتمانز وآخرون، ٢٠٠٣، ص٤٤٢)

(٣) إعاقة التوحد من منظور بيوكيميائى: **Biochemical**

- تناول Gillberg and Coleman عام ١٩٩٢ اضطراب التوحد من خلال التوجه البيوكيميائى، وقد فسروا ذلك بارتفاع معدل السيروتونين

(Sorotonin) لدى هؤلاء الأطفال كما أوضحا بأن ذلك أكثر ارتباطاً بانخفاض مستوى الذكاء كما دلت الأبحاث أيضاً أن هؤلاء الأطفال أظهروا خللاً ونشاط نمطى متكرر نتيجة ارتفاع مستويات السائل المخى النخاعى لحامض Homa Vanillic acid (H.V.A).

- وقد أوضح Happe and Frith عام ١٩٩٥ أنه غالباً ما يترتب على الإصابة بالتوحد وجود مستويات من الاختلالات الاجتماعية السلوكية مرتبطة ببعض العوامل البيوكيميائية من حيث معدلات حامض (5-H.T.A.A) فى السائل المخى النخاعى.

(السيد عبد العزيز، ١٩٩٩، ص١٠٢)

- كما أن المرضى باضطراب التوحدية بدون تخلف عقلى لديهم حدوث عالى من ارتفاع نسبة السيروتونين بالدم Hyperserotonemia.

(حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٥٦٠)

(٤) إعاقة التوحد من منظور العوامل الجينية: Genetic

أثبتت بعض الدراسات الحديثة أن هناك ارتباطاً بين التوحد وشذوذ الكروموزومات وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد وكروموزوم (Fragile X Syndrome) ويعتبر هذا الكروموزوم هو أحد الأشكال الوراثية المسببة للتوحد والتخلف العقلى وأيضاً له دور أساسى فى حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد Hyperactivity والانفجارات العنيفة والسلوك الأنانى أو الاستحوازى، كما أن هذا الكروموزوم يكون شائع بين البنين أكثر من البنات، يحدث الخطأ فى حوالى ٧:١٠% من حالات التوحدية.

(Lida, Helene, 1993, P. 5)

وأشارت دراسة التوائم المصابين بالتوحد التى قاما بها Folstein and Ruttes عام ١٩٩٧ إلى ارتفاع معدل الاتفاق فى الاضطرابات المعرفية فى التوائم المتطابقة. وتشير كل هذه النتائج إلى التأثيرات الجينية الهامة ومع ذلك لا يوجد توحد فى حد ذاته موروث ولكن يوجد بعض الاستعداد للاضطرابات اللغوية والمعرفية.

(Howlin and Yule, 1990, P. 375)

(٥) إعاقة التوحد من منظور عوامل عضوية – عصبية – حيوية: Organic-Neurological-Biological

فى بحث أجراه العلماء "بيفن ومارسيلو وسبرجيو" عام ١٩٩٥ استخدم فيه الرنين المغناطيسى (MRI) لفحص مخ ١٣ من الأطفال والراشدين الذين يعانون من التوحد حيث جاءت فيه نتيجة الفحص موضحة ظهور تشوه أو زيادة فى سمك طبقة القشرة المحيطة بالمخ Cortex فى سبع من تلك الحالات وقد أرجع هؤلاء العلماء الثلاثة السبب فى حدوث هذا التشوه فى قشرة أو لحاء المخ إلى ظروف غير مواتية حدثت للأم خلال الشهور الستة الأولى وفيما يلى بعض هذه الظروف:

١- إصابة الأم أثناء الحمل بحادث اقتضى علاجاً طبياً استغرق أسبوعين على الأقل.

٢- عانت الأم من إرهاق وهبوط مصحوب بنزيف بعد الشهر الثالث من الحمل.

٣- عانت الأم من دوخة شديدة مع قيء بعد الشهر الثالث من الحمل.

٤- الإصابة ببعض الأمراض الفيروسية مثل الحصبة الألمانية.

٥- حدوث ارتشاح شامل General Edema فى الرحم.

٦- تناول بعض العقاقير الضارة مثل التى تستخدم لتثبيت الجنين، وإيقاف النزيف فى الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

(عثمان لبيب فراج، ٢٠٠٢، ص٦٣)

(٦) إعاقة التوحد من منظور خلل فى الإدراك:

ترجع بعض الدراسات أسباب التوحدية للخلل الحادث للإدراك وعدم القدرة على تنظيم الاستقبال الحسى مما يحول وقدرة الوليد على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى عن البيئة من حوله وتحد من قدرته على التعلم وعلى التكيف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته.

(نادية إبراهيم، ١٩٩٧، ص٣٢)

(٧) إعاقة التوحد من منظور العوامل المناعية:

يفترض أن هناك عدم توافق بين خلايا الأم والجنين مناعياً مما يدمر بعض الخلايا العصبية للجنين أثناء الحمل.

(محمود حمودة، ١٩٩٨، ص١٥٦)

كما أن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحدية يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهى حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل.

(حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٥٥٩)

كما يفترض أن خلل الجهاز المناعي Immune System يرتبط بالتوحدية حيث يعتقد أن عدوى فيروسية أو سموم بيئية قد تكون مسئولة عن تدمير الجهاز المناعى حيث وجد لدى الأطفال المصابين بالتوحدية أن لديهم نقص فى عدد خلايا (T) المساعدة لجهاز المناعة فى محاربة العدوى.

(إلهامى عبد العزيز، ١٩٩٩، ص٤٣)

(٨) عوامل قبل وأثناء الولادة:

يبدو أن مضاعفات الولادة تكثر فى الأطفال التوحديين عن غيرهم، كما أن متاعب الحمل لهم أكثر من الأطفال العاديين، وهم فى فترة ما بعد الولادة أكثر عرضة لكرب التنفس وفقر الدم.

(محمود حمودة، ١٩٩٨، ص١٥٧)

(٩) العوامل العصبية التشريحية:

أثبتت العديد من الأبحاث بأن الحجم الكلى للمخ متزايد بشكل واضح لدى المصابين بالتوحدية والنسب الكبرى للزيادة فى الحجم حدثت فى كل من الفحص الصدغى والفحص الجدارى. كما أن نقص خلايا بوركنجى Purkinjeis Cells فى المخيخ يؤدى للإصابة بالتوحدية مصحوباً بنقص فى الانتباه مع الإثارة فى العمليات الحسية.

(حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٥٥٩)

(١٠) السموم والتلوث البيئى:

رغم أنه لا يوجد برهان علمي حتى هذا الوقت فهناك اتجاه يؤكد أن السموم والتلوث فى البيئة يمكن أيضاً أن يؤدى إلى التوحدية، حيث وجد معدل انتشار عالى للتوحدية فى بلدة صغيرة تسمى Leomenster تابعة لولاية Massachuetts بأمريكا حيث يوجد مصنع يصنع نظارات شمسية ووجد أن أعلى نسبة كحالات التوحدية كانت فى البيوت التى تحمل إليها الريح دخان مدخنة هذا المصنع.

(١١) إعاقة التوحد من منظور متغير الجنس:

أوضحت دراسة Tristron, Smith فى عام ١٩٩٦ الفروق الجنسية بين البنين والبنات فى معدل الإصابة ومداها وقد توصلت الدراسة إلى الآتى:

١- البنات التوحديات أقل من الأولاد فى الإصابة بالاضطرابات الارتقائية بشكل عام والاضطراب التوحدى بشكل خاص وتتراوح النسبة بين ١: ٣-٤.

٢- البنات التوحديات يظهرن مستوى أقل من الأولاد التوحديين فى نسبة الذكاء بفارق لا يقل عن ٥ درجات خاصة فيما يتعلق باختلال القدرات اللفظية ومهارات الرؤية المكانية.

٣- توجد انحرافات شاذة على رسم المخ لكلا الاثنين ولا توجد فروق بينهم.

٤- البنات التوحديات يلعبن بقدر أقل من النمطية والآلية بالمقارنة بالأولاد.

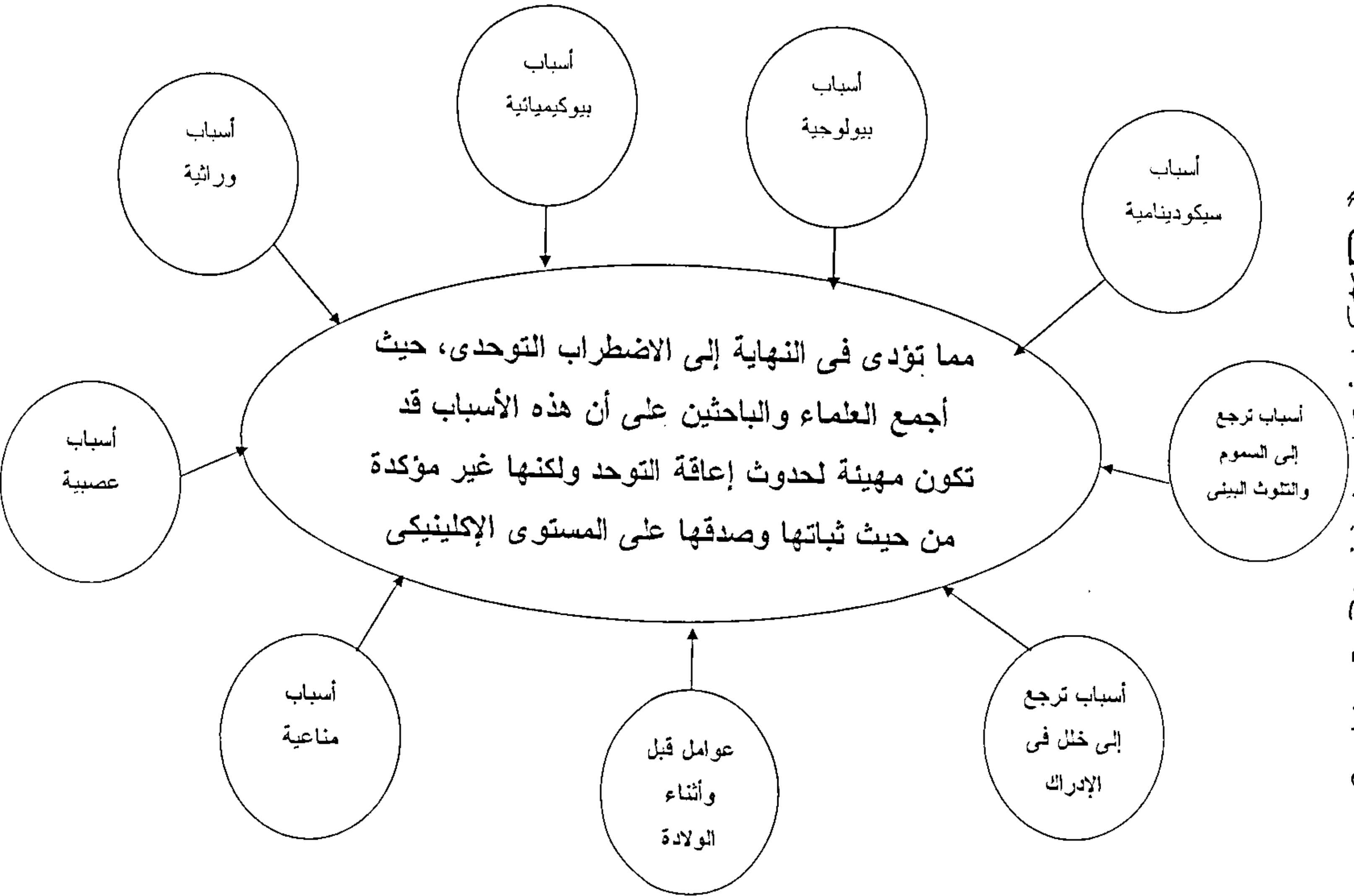
٥- البنات أقل ميلاً لوجود اضطرابات وراثية، ولكن البنات يتطلبن فحصاً عصبياً دقيقاً أكثر من الأولاد.

٦- كما أن القصور اللغوى والمعرفى ينتشر أكثر بين الذكور عن الإناث.

(السيد عبد العزيز، ١٩٩٩، ص١٠٥:١٠٦)

الشكل رقم (٢) يوضح أسباب الاضطراب التوحدى

« الشكل رقم (٢) يوضح أسباب الاضطراب التوحدى »



تشخيص الاضطراب التوحدى:

يعتبر الأطفال التوحديون مشكلة شديدة التعقيد وذلك لصعوبة تميزهم عن غيرهم من الأطفال ذوى التخلف العقلى Mental Retardation أو الأطفال الذهانيين Psychosis أو الأطفال الذين يعانون من اضطرابات فى اللغة Language Disorders وترجع الصعوبة فى التمييز أو التشخيص لهذه الفئة هى تداخل أعراضها مع أعراض الفئات السابقة يضاف إلى ذلك النقص فى وجود الفريق الإكلينيكى المناسب لتشخيص هذه الفئة، بجانب ذلك لا توجد مقاييس واختبارات تساعد فى التشخيص. حتى اختبارات الذكاء المعروفة من الصعب إن لم يكن من المستحيل أحياناً تطبيقها على حالات التوحد، بسبب ما تسببه الإعاقة من قصور لغوى، وعجز عن التواصل وغير ذلك من العوامل التى تعرقل عمليات القياس والتشخيص.

و سوف يقدم الباحث فيما يلى تشخيص الاضطراب التوحدى طبقاً للدليل الإحصائى لتشخيص الاضطرابات العقلية الذى تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (APA, 1994) معايير مبدئية عامة للتشخيص نستعرضها على النحو التالى:

معايير تشخيص التوحد كما نص عليها فى DSM-4:

(أ) توافر (٦) أو أكثر من المواصفات المدرجة فى (١) و (٢) و (٣)، على أن تشتمل على اثنتين على الأقل من المجموعة (١) وواحدة على الأقل من كل من المجموعة (٢) والمجموعة (٣).

(١) خلل نوعى فى التفاعل الاجتماعى المتبادل، كما يظهر فى اثنتين على الأقل مما يلى:

أ- نقص ملحوظ فى استخدام العديد من أشكال السلوك غير اللفظى مثل التحديق إلى الآخر أثناء المحادثة، والتعبير الوجهى، والأوضاع الجسدية، والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعى.

ب- العجز عن إقامة علاقات مع الأقران مناسبة لمستوى نموه.

ج- لا يسعى تلقائياً إلى مشاركة الآخرين فـــى الترفيـــه أو الاهتمامـــات أو الإنجازات "مثال ذلك ألا يظهر أو يحضر أو يشير غلى الأشـــياء التـــى تحظى باهتمامه".

د- الافتقار إلى تبادل العلاقات الاجتماعية والعاطفية.

(٢) خلل نوعى فى التواصل، كما يظهر فى واحدة على الأقل مما يلى:

أ- تأخر أو انعدام نمو اللغة المنطوقة "غير مصحوب بمحاولة تعويضـــية مـــن خلال طرق بديلة للتواصل كالإيماء أو المحاكاة الحركية الصامتة".

ب-بالنسبة للأفراد القادرين على الكلام: نقص ملحوظ فى القدرة على بدء محادثة مع شخص آخر أو مواصلتها.

جـ-الترديد أو التكرار الآلى للكلام، أو استخدام لغة شخصية شاذة.

د-نقص اللعب الخيالى التلقائى بمختلف أشكاله أو لعب أدوار الكبار، بما يلائـــم مستوى نموه الحالى.

(٣) التكرار الآلى لأنماط محددة من السلوك والاهتمامات والأنشطة، كما يظهـــر في واحدة على الأقل مما يلي:

أ- الانشغال التام بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمام المحددة والشاذة في درجتها أو موضوعها.

ب-التمسك المتصلب بروتينيات وطقوس معينة ليست لها ضرورة عملية.

جـ-نمطية حركية تتسم بالمعاودة والتكرار الآلي مثل خفق ورفرفة أو ثني اليـــد أو الأصابع أو الحركات المعقدة لكامل الجسم.

د-الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.

(ب) تأخر أو شذوذ الأداء في واحد على الأقل من المجالات التالية، يبدأ قبل سن الثالثة:

١- التفاعل الاجتماعي المتبادل.

٢-اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.

٣-اللعب الرمزي والخيالي.

(جـ) لا يمكن تقليل الاضطراب تعليلاً أفضل بوجود اضطراب ريت Rett's Disorder أو الاضطراب التقضي في مرحلـــة الطفولـــة " Childhood Disintegrative Disorder".

(الرابطة الأمريكية للطب النفسي، ١٩٩٤، ص٥٩:٦١)

وترى الدراسة أن تشخيص التوحد له شقين وهما كما يلي:-

أ- الشق الأول:

(١) الوصول إلى تحديد دقيق للاضطراب بناءاً على معايير موضوعية مثل:-

أ- المعيار التشخيصي للتوحد في DSM-IV.

ب- التاريخ التطوري للحالة Developmental History.

جـ-والتاريخ الوراثي للحالة Genetic History.

د-وتاريخ الحمل Pregnancy History.

هـ-التقييم السلوكي. Behavioral Assessment

و-تقييم شامل لقدرات الطفل المعرفية والتوافقية والتواصلية.

ز-اختبارات الذكاء.

ب- الشق الثاني:

كيفية توصيل هذا التشخيص للوالدين، فالأسلوب الذي يقدم به التشخيص للوالدين يحدد مدى حماس وتعاون الوالدين وتفاؤلهم بمستقبل الطفل وزيادة تعاونهم مع الفريق الإكلينيكي والذي يضم كل من:

(١) الطبيب النفسي.
(٢) طبيب اللغة والتخاطب.
(٣) أطباء السمع.
(٤) طبيب الأعصاب وطبيب الوراثة.
(٥) الأخصائي النفسي.

وإذا استطعنا توصيل التشخيص الصحيح للوالدين سنصل إلى مشاركة فعالة وواعية من الوالدين في عملية تقييم الطفل وتنفيذ البرنامج العلاجي الخاص به بنجاح.

التشخيص الفارق Differential Diagnosis

يعاني الكثير من الباحثين من قضية تشابك السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى كالإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، وصعوبات التعلم، والإعاقة السمعية، واضطرابات التواصل، واضطرابات الانتباه.

ويتناول الباحث في هذه الدراسة التشخيص الفارق كما يلي:

(١) الفرق بين التوحد والتخلف العقلي:

حاول الكثير من الباحثين [زينب محمود (٢٠٠٢)، عبد المجيد سيد وآخرون (٢٠٠٣)، عثمان لبيب (٢٠٠٢)] توضيح الاختلافات التشخيصية بين التوحد والتخلف العقلى وقد قام الباحث بتلخيص تلك الآراء فى جدول رقم (١).

جدول رقم (١) يوضح الفرق بين التوحد والتخلف العقلي

م	السمة	التوحد	التخلف العقلي
١-	الانسحاب الاجتماعي	يميل التوحدى للانسحاب والعزلة.	يتمكن من الانتماء والتفاعل مع الآخرين.
٢-	ضعف الانتباه والذاكرة	يعاني من الاضطرابات الحادة في الذاكرة والقدرة على الانتباه.	يتمكن من الانتباه بشكل جيد ولديه ذاكرة أفضل وذلك بمقارنته بالطفل التوحدى.
٣-	التعبير اللفظي وغير اللفظي	يمكن أن تكون اللغة غير موجودة لدى التوحدى وإن وجدت فإنها تكون غير عادية مع انخفاض مستوى اللغة والكلمات المرتبطة.	موجودة بشكل أفضل بكثير وذلك عند مقارنته بالطفل التوحدى.
٤-	القدرة على التقليد والمحاكاة.	يعجز التوحدي عن التقليد والمحاكاة.	بينما يستطيع المعاق عقلياً القيام بذلك.
٥-	الاستجابات الذهانية.	لدى التوحدي بعض مظاهر الاضطراب الذهاني.	لا توجد لدى المعاق عقلياً.

م	السمة	التوحد	التخلف العقلي
٦-	العمليات الإدراكية	يعاني من اضطراب إدراكي ويعطي استجابات شاذة لمنبهات بعينها وخاصة في مهام الإدراك البصري والحركي.	لديه اضطرابات إدراكية ولكن أقل بكثير عند مقارنته بالطفل التوحدى.
٧-	المظاهر السلوكية	لديه مظاهر سلوكية نمطية تشمل حركات الذراع واليدين.	المعاق عقلياً لديه مهارات سلوكية بشكل أفضل.
٨-	نسبة الذكاء	مرتفعة إلى حداً ما وأن لدى التوحدى تباين نوعي في الأداء على اختبارات الذكاء.	منخفضة بشكل واضح.
٩-	العيوب الجسمية	يكاد يكون طبيعي.	لديه عيوب جسيمة أكثر من الطفل التوحدى.
١٠-	المهارات الخاصة	إمكانية إبداء مهارات خاصة مثل الرسم أو الموسيقى	هذه المهارات لا تظهر بشكل واضح لدى الطفل المتخلف عقلياً.
١١-	رجع الصدى	يعاني التوحدى من مشكلة رجع الصدى Echolalia والذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه.	لا يعاني من مشكلة رجع الصدى.
١٢-	تغيير العادات	يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء في ملبسه أو مأكله أو لعبه ويندفع في ثورات غضبه وإيذاء ذاته والآخرين.	لا يستثيره التغيير في العادات.
١٣-	استعمال الضمائر	يعاني من قصور في استعمال الضمائر ويخلط بين "أنا" و"أنت" فيستعمل كلاً منهما مكان الأخرى وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر.	لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر.
١٤-	التواصل البصري	يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون بين المحادثين.	سمة نادراً ما تحدث لدى المعاق عقلياً.

م	السمة	التوحد	التخلف العقلي
١٥-	نوبات هستيرية	قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر.	لا يحدث لدى الطفل المعاق عقلياً.
١٦-	طرق التعامل معهم	يحتاج إلى صبر وجلد في التعامل معه أو تدريبه	أسهل مراساً في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل.
١٧-	من حيث الانتشار	أقل انتشاراً فنسبة حدوثه ٢-٣: ١٠٠٠ على الأكثر.	أكثر انتشاراً بنسبة ٣% من المجتمع أو أكثر.
١٨-	ظهور الأعراض	التوحد إعاقة يولد بها الطفل وتظهر أعراضها مبكراً في حدود زمنية أقصاها ٣٠ شهراً.	أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ أو إصابة بمرض معد (كالالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية) أو نتيجة التلوث البيئي مثل الرصاص أو الزئبق.
١٩-	من حيث الرعاية	طفل التوحد غالباً ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريباً.	أما طفل التخلف العقلي المتوسط والبسيط فإنه قد يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل في حرفة مناسبة.
٢٠-	من حيث احتضان وحمل الطفل	لا يرحب بل يرفض حمل الأم له واحتضانه أو تقبيله.	يرحب بأن تحمله الأم ويسعد بتقبيله واحتضانه.
٢١-	المظاهر الانفعالية أو العاطفية	لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصوراً أو غياب القدرة على التعبير عنها.	يملك القدرة على التعبير عن انفعالاته وعواطفه.

(٢) الفرق بين التوحد وفصام الطفولة:

كان يفترض أن التشابه بينهما منطقياً لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحد بالفصام.

وقد حاول الكثير من الباحثين [زينب محمود (٢٠٠٢)، عبد المجيد أحمد وآخرون (٢٠٠٣)، نادية إبراهيم (٢٠٠٠)، هدى أمين (١٩٩٩)، لويس كامل مليكة (١٩٩٨)] توضيح أهم الاختلافات بين التوحد والفصام وقد قام الباحث بتلخيص تلك الآراء فى جدول رقم (٢) على النحو التالى:

[جدول رقم "٢" يوضح الفروق بين التوحد والفصام]

م	السمات	التوحد	فصام الطفولة
١-	هلاوس وهذيان	لا توجد	يكثر وجودها
٢-	النمو اللغوي والانفعالي	ضعيف جداً	أقل حدة
٣-	استخدام الرموز	غير قادر على استخدام الرموز.	قادر على استخدامها.
٤-	العلاقات الاجتماعية	لا يطور علاقات اجتماعية مع الغير من تلقاء نفسه، ويرفض الاستجابة للأشخاص.	يستطيع أن يطور علاقات اجتماعية مع الغير
٥-	التاريخ الطبي للعائلة	لديهم تاريخ عائلي بإعاقات تطورية كما أن حالتهم الصحية أفضل ولديهم قدرة حركية أعلى.	لديهم تاريخ أو حالات اضطرابات عاطفية.
٦-	بداية ظهور المرض	قبل سن ثلاث سنوات.	بعد سن خمس سنوات.
٧-	الحركة	حركات جسمية نمطية.	فقدان الإرادة.
٨-	وجود حالات مشابهة في الأسرة	أقل من المتوسط	فوق المتوسط
٩-	العلاج بالعقاقير	قد يفيد في علاج بعض الأعراض مثل التجنب والنشاط الزائد ولكنها ليست ذات جدوى في العلاج الكامل.	يستفيد من العقاقير

م	السمات	التوحد	فصام الطفولة
١٠-	الاستجابة للعقاقير	ذات تأثير بسيط.	تقلل الأعراض المرضية بوجه عام.
١١-	الأساس الجيني	عادة لا يظهر في نفس الأسرة حالات التوحد أو الفصام.	اتجاه جيني واضح.
١٢-	نسبة انتشاره بين الجنين	ينتشر أكثر بين الأولاد عن البنات	نسبة انتشاره متساوية بين الجنسين.
١٣-	الشيوع	٢ إلى ٤ في ١٠,٠٠٠	غير معروف.
١٤-	الوظائف التكيفية	مصابة بالخلل عادة منذ المراحل المبكرة في الحياة.	تدهور وظيفي.
١٥-	مستوى الذكاء	أقل من المتوسط عادة في معظم الحالات، ويكون أحياناً شديد الخلل (٧% أقل من ٧٠ أو يساوي ٧٠).	عادة في المستوى العادى وغالباً متوسط غبي (١٥% أقل من ٧٠ أو يساوي ٧٠).
١٦-	نمط نسبة الذكاء	تشتت ملحوظ.	أقل تشتتاً.
١٧-	نوبات كبيرة	٣٢:٤ %	لا توجد أقل تواتراً

(٣) الفرق بين التوحد واضطراب اللغة التعبيرية – الاستقبالية المختلطة:

ويلخص الجدول رقم ٣ الاختلافات الرئيسية بين اضطراب التوحدية واضطراب اللغة التعبيرية الاستقبالية المختلطة:

[جدول رقم "٣" يوضح الفرق بين الاضطراب التوحدى واضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط]

م	المحك	اضطراب التوحدية	اضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط
١-	الحدوث	٢-٤ في كل ١٠,٠٠٠	٥ في كل ١٠,٠٠٠
٢-	نسبة الجنس "ذكور/إناث"	٣:٤	يتساوى الجنسين أو قريباً من التساوى
٣-	التاريخ الأسرى في التأخر اللغوى أو المشكلات	يظهر في حوالي ٢٥% من الحالات.	يظهر في حوالي ٢٥% من الحالات.

م	المحك	اضطراب التوحدية	اضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط
	اللغوية		
٤-	الصمم المرتبط	نادراً جداً.	ليس نادراً.
٥-	التواصل غير اللفظي (بالإشارة وغيرها)	بدائى غير متطور.	موجود.
٦-	شذوذ اللغة مثل: التكرار، قولبية الجمل خارج السياق	أكثر شيوعاً.	أقل شيوعاً.
٧-	مشكلات النطق	أقل تكراراً.	أكثر تكراراً.
٨-	مستوى الذكاء	غالباً ما يوجد ضعف حاد.	يمكن أن يحدث ضعف لكنه أقل تكراراً في الحدة
٩-	اللعب التخيلي	غائب أو طقوس.	موجود بصورة غير عادية.
١٠-	نمط نسب اختبارات الذكاء.	متفاوت، منخفض في الدرجات اللفظية لدى مرضى عسر الكلام، انخفاض في الاختبارات الفرعية للفهم عنه لدى مرضى عسر الكلام.	متساو أكثر على الرغم من أن نسبة الذكاء اللفظية أكثر انخفاضاً عن نسبة الذكاء الأدائية.
١١-	السلوك التوحدى، ضعف الحياة الاجتماعية، الأنشطة الطقوسية والقولبة.	أكثر شيوعاً وأكثر حدة.	تغيب وإذا وجدت تكون أقل حدة

المصدر: (حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٥٧٠:٥٧١)

ويلخص الجدول رقم (٤) الفرق بين التوحد والاضطرابات الأخرى للارتقاء الشامل

(٤) الفرق بين التوحد والاضطرابات الأخرى للارتقاء الشامل

م	السمة	التوحد Autism	اضطراب اسبرجر	اضطراب ريت Rett's disorder	اضطراب الطفولة التفككي CDD	الاضطراب الارتقائي التام غير المحدد
١-	بداية التعرف على الاضطراب	من الميلاد وحتى الشهر الـ ٣٦	عادة بعد عامين	من الشهر الخامس وحتى الشهر الثلاثين	بعد عامين	متغير
٢-	نسبة الانتشار بين الجنسين	أكثر شيوعا فى الأولاد عن البنات	أكثر شيوعا فى الأولاد عن البنات	يظهر فى البنات فقط	أكثر شيوعا فى الأولاد عن البنات	أكثر شيوعا فى الأولاد عن البنات
٣-	فقد المهارات	لا يوجد فقد للمهارات	لا يوجد فقد للمهارات	يظهر فقد للمهارات	يظهر فقد للمهارات	عادة لا يكون هناك فقد للمهارات
٤-	المهارات الاجتماعية	فقيرة جدا	فقيرة	تختلف باختلاف العمر	فقيرة جدا	متغيرة
٥-	مهارات التواصل	عادة فقيرة	قصور يتراوح من شديد إلى متوسط	فقيرة جدا	فقيرة جدا	من متوسطة إلى جيدة
٦-	الاهتمامات المحددة	متغيرة	واضحة	لا ينطبق	لا ينطبق	متغيرة
٧-	وجود تاريخ أسرى به مشاكل مشابهة	غير شائع	متكررة الحدوث	لا يوجد	لا يوجد	غير معروف
٨-	النوبات الصرعية	شائعة	غير شائعة	متكررة الحدوث	شائعة	غير شائعة
٩-	نقص نمو الرأس	لا يوجد	لا يوجد	يوجد	لا يوجد	لا يوجد
١٠-	معدل نسبة الذكاء	من شديد التخلف العقلى إلى ذكاء طبيعى	من تخلف عقلى بسيط إلى ذكاء طبيعى	شديد التخلف العقلى	شديدة التخلف العقلى	من تخلف عقلى بسيط إلى ذكاء طبيعى
١١-	التشخيص أو المآل Prognosis	فقير	من فقير إلى متوسط	فقيرا جدا	فقيرا جدا	من متوسط إلى جيد

(هدى أمين، ١٩٩٩، ص٩٠)

(٥) الفرق بين التوحد والأفازيا المكتسبة مع التشنج:

الأفازيا (فقدان القدرة على الكلام) المصحوبة بالتشنج هي حالة نادرة يكون من الصعب أحياناً تمييزها عن اضطراب التوحدية واضطراب عدم تكامل الطفولة، والأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يكونوا عاديين لعدة سنوات قبل فقد القدرة على إنتاج اللغة التعبيرية والاستقبالية لفترة قد تمتد لأسابيع أو شهور، ومعظمهم يكون لديه قليل من النوبات، كما أن اضطراب اللغة المفهومة العميق يأتي بعد ذلك ويتميز بانحراف نمط الكلام وبعض الأطفال يتم شفاؤهم ولكن تتبقى لديهم إعاقة النوبة الكبرى.

(حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٥٧٠)

(٦) الفرق بين التوحد واضطرابات التواصل:

ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول رقم (٥) كما يلى:

[جدول رقم (٥)]
يوضح الفرق بين التوحد واضطرابات التواصل

أ-العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى التوحدى، بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.
ب-يظهر التوحدى بتعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما يحاول المضطرب تواصلياً أن يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضاً عن مشكلة الكلام.
جـ-كلاهما يمكنهما إعادة الكلام، إلا أن التوحدى يظهر إعادة الكلام المتأخر أكثر.

(زينب محمود، ٢٠٠٢، ص٦٤)

(٧) الفرق بين التوحد والصمم الاختياري:

أطفال الصمم الاختياري يتكلمون في بعض الأماكن مثـل المنـزل و لا يتكلمون في مكان آخر ومع ذلك فهم يستطيعون التواصل غير اللفظي وقد توجد مشكلات في الكلام واضطراب في السلوك ولكن التـاريخ التطـورى والحـالى للسلوك لا يشير إلى سمات التوحد. والعديد من الأطفال التوحديين يتكلمون أكثر في أسرهم عن الأماكن الغريبة وهذا يجعلهم يتشابهون مع المصـابين بالصـمم الاختيارى ولكن الفحص الكلي للسلوك يقودنا إلى التشخيص الصحيح.

(هدى أمين، ١٩٩٩، ص٩٩)

(٨) الفرق بين التوحد والإعاقة السمعية:

(١) نسبة الذكاء في حالة الإعاقة السمعية أعلى من حالة التوحد.
(٢) يمكن للمعاق سمعياً تكوين علاقات اجتماعية.
(٣) سهولة تشخيص المعاق سمعياً مقارنة بالتوحدى.
(٤) يمكن للتوحدى تحقيق تواصل لفظى بينما لا يستطيع الأصم.

(زينب محمود، ٢٠٠٢، ص٦٢)

(٥) الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من تغيير الروتين يمكن أن تظهر من قبل الأصم وهو يشبه السلوك الذى يظهره الطفل التوحدى وهذه السلوكيات تعتبر ثانوية بالنسبة للطفل الأصم، ولكنها أولية وأساسية في حالة الطفل التوحدى.

(عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩، ص٢٣٥)

(٦) الأطفال التوحديين نادراً ما يناغون بصورة واضحة بينما الأطفـال الصمم يكون لديهم تاريخ من المناغاة والأصوات العادية نسبياً والتي قد تتدهور وتتوقف من (٦) شهور إلى عام من العمر.

(٧) الأطفال الصم يستجيبون للأصوات العالية بينمـا التوحـديون قـد يتجاهلون الأصوات العالية أو العادية، ويستجيبون للأصوات الناعمة الهادئة أو المنخفضة والأهم من هذا كله تظهر الوسـائل السـمعية الحديثة فقدان السمع الواضح لدى الأطفال الصم.

(حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٥٧٢)

(٩) التوحد واضطرابات البصر:

أما بالنسبة للأطفال المكفوفون أو ضعاف البصر يمكن أن يظهروا استثارة ذاتية وحركات نمطية تشبه ما يقوم به الأطفال التوحديون وأكثر من ذلك فإن اضطرابات التوحد في الاستجابة إلى المثيرات البصرية يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع.

(عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩، ص٢٣٥)

إلا أن التشخيص يعتمد دائماً على ملاحظة سلوك الطفل الاجتماعي والتواصلي والسلوك التخيلي.

(هدى أمين، ١٩٩٩، ص٩٩)

(١٠) الفرق بين التوحد وصعوبات التعلم:

أوضحت دراسة Shea and Mesibon عام ١٩٨٥ التشابه بين كل من التوحد وذوى صعوبات التعلم في كل من:

أ-البروفيل الشخصى. ب-صعوبات التعلم. جـ-عدم التمييز المعرفى.

إلا أن هذا التشابه يبدو واضحاً لدى حالات التوحد الحاد، إلى الحد الذى جعل البعض يصفها على متصل واحد.

بينما أسفرت نتائج دراسة Johnson et al عام ١٩٩٢ انخفاض دال وواضح لدى الطفل التوحدى مقارنة بذوى صعوبة في التعليم على المتغيرات التالية:

١- تدهور في حدة السمع والبصر.
٢- تدني الاستجابات الحركية.
٣- انخفاض في الأداء اللغوى.
٤- العزلة الاجتماعية وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية.

(زينب محمود، ٢٠٠٢، ص٦٢:٦٣)

(١١) الفرق بين التوحد والذاتوية اللانمطية: Autism and A Typical Autism

الذاتوية اللانمطية هو نوع من الاضطراب الارتقائى المنتشر يتميز عن ذاتوية الطفولة إما في عمر الطفل عند بدايته أو في عجزه عن استيفاء مجموعات المعايير الثلاث. وتستخدم هذه الفئة حين يظهر الارتقاء غير الطبيعى أو المختل لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات أو في غياب ما يكفى من العلامات غير

الطبيعية في واحد أو اثنين من المناطق المرضية النفسية الثلاث الضرورية كلها لتشخيص الذاتوية (ألا وهي لتفاعلات الاجتماعية المتبادلة، التواصل والسلوك المحدود النمطى والمتكرر) وذلك بالرغم من وجود اختلالات مميزة في مناطق أخرى وتنشأ الذاتوية اللانمطية غالباً في الأفراد ذوى التخلف العقلي الشديد.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص٦٢٦)

الخصائص العامة للطفل التوحدى:

وقد توصل عفيفى الرزاز وشرف الدين عام ١٩٩٤ إلى وجود سمات أساسية للطفل التوحدى وهى كما يلي:

١- عندما يكون رضيعاً لا يستجيب للحمل والاحتضان.

٢- عندما يكون أكبر سناً يتجنب النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع عن إقامة علاقات اتصال مع البالغين.

٣- لا يبدو عليه أنه يعرف ويعى بذاته، ويحاول دائماً اكتشاف جسده، وإذا تمكن من الكلام لا يعرف الفرق بين أنا وأنت وهى.

٤- التعلق الاستحوازى بأشياء معنية مثل التمسك بكوب معين أو لعبة ثابتة ويشعر بالحزن عند أخذها منه.

٥- يحزن بشدة إذا تغيرت البيئة من حوله، كتغير شيء في غرفته أو فقد شيء مألوف، ويفزع من تغيير الروتين ويتمسك بطعام معين ويمشى بطريقة ثابتة ويغسل يده بنمط محدد.

٦- يعبر عن حزنه بنوبات غضب عنيفة أو يعض نفسه وقد تفشل جميع المحاولات التى تعمل على توفير الراحة له.

٧- الإدراك الشاذ والمضطرب فهو يستجيب بطريقة شاذة، ويبدو عاجزاً عن سماع صوت مرتفع، لكنه يستجيب للصوت المنخفض الذى لا يسمعه الآخرون.

٨- يفتقد صوته إلى النغمة أو التعبير، ولا يفهم الإيحاءات ولا يستخدمها.

٩- لا يلعب لعباً تخيلياً، ولا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية، فقد يستعمل السيارات كمواد بناء بدلاً من سيرها على الطريق.

(زينب محمود، ٢٠٠٢، ص٤٢:٤٢)

إلا أن "هوارد وأورلانسكى" أوضحوا (٦) خصائص تتوافر لدى الأطفال المصابين بأعراض التوحد وهى كما يلى:

(١) العجز الجسمي الظاهري:

فقد يتحرك شخص ما أمام الطفل بشكل مباشر، ويبتسم له ويتكلم معه ومع ذلك فإنه يتصرف كما لو لم يكن هنالك أحد وقد لا يشعر أحد بأن الطفل يتجنب أفراد الأسرة بل ويتجاهلهم، لأنه يبدو كما لو أنه لا يشاهد أحداً أو يسمع أحداً. وغالباً ما تشك الأم في أن طفلها أصم أو كفيف.

(٢) البرود العاطفي الشديد:

وهي من الخصائص المميزة للطفل التوحدى بالإضافة إلى عدم الاستجابة لمحاولة الحب أو العناق أو إظهار مشاعر العطف ويعتقد الوالدان أن طفلهما لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين.

(٣) الإثارة الذاتية:

وهي من أكثر ما يتميز به الطفل التوحدى مع القيام بأعمال نمطية مثل سلوك الاهتزاز سواء هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلوس والدوران حول النفس والتلويح بالذراعين والهمهمة وترديد الكلام لفترة طويلة من الوقت.

(٤) سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب:

غالباً ما يذكر الوالدين أن الطفل يعض نفسه في بعض الأحيان بشدة لدرجة قد ينزف معها دمه، وأنه قد يتورم رأسه وفي بعض الأحيان يوجه الطفل عدوانه نحو الآخرين سواء في الأسرة أو في المدرسة وذلك على شكل عض أو خربشة وقد يقضى بعض هؤلاء الأطفال الليل مستيقظين يصدرون أصواتاً وغالباً ما يكون الوالدين عاجزين عن التعامل مع هذه الأنماط السلوكية.

(٥) الكلام النمطي:

إن معظم هؤلاء الأطفال يتصفون بالبكم ويهمهمون بأصوات غير واضحة وقد يكون كلامهم إعادة لكلام الأفراد الذين يتحدثون معهم وفي بعض الأحيان قد لا يكون التكرار النمطي مباشراً ولكنه قد يأتي متأخراً فقد يعيد الطفل بعض العبارات التي سمعها في الصباح أو في اليوم السابق.

(٦) قصور السلوك:

فالطفل التوحدى الذى يبلغ من العمر خمس سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسب مع سلوك الطفل العادى ذو السنة الواحدة من العمر، فبالنسبة لمهارات العناية بالذات نجده لا يمتلك منها إلا القليل ويحتاج إلى من يقوم بإطعامه وإلى من يساعده على ارتداء ملابسه وقد لا يلعب بالألعاب ولكنه قد يضعها في فمه تماماً مثل الطفل الرضيع، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر.

(عبد الرحمن سيد سليمان، ٢٠٠٢، ص٤٧:٤٨)

(٧) مشكلات أخرى مثل:

١- مشكلة النوم: فالنوم عندهم قلق ومتقطع وعلى فترات مختلفة ولا يستمر لأكثر من ثلاث ساعات متواصلة.

٢- مشكلة الشراب والأكل: فقد يشربون ويأكلون بكميات كبيرة دون الشعور بالشبع ويميلون إلى تفضيل بعض الأطعمة وتكرار أكلها مثل حبهم للبطاطس ولا يرغبون في التنويع ويلجئون إلى استخدام نفس الكوب لشرب الماء أو أى شيء آخر.

٣- مشكلة السلامة: فهم لا يعرفون معنى الخوف من بعض الأمور الخطيرة كالعبور أثناء سير السيارات دون انتظار.

٤- مشكلة التغيرات: التي تحدث في بيئته وخصوصاً التغيرات الدقيقة أو البسيطة أما الكبيرة فلا يعبأ بها.

٥- مشاكل إدراكية: فهم يعانون من خلل في عملية التفكير والتعرف والإدراك والتقليد.

٦- نقص القدرة على الاستجابة بسبب عدم الفهم.

٧- مشكلة التعميم فلا يستطيعون نقل وتعميم ما تم تعلمه من بيئة إلى أخرى.

٨- نقص المثابرة أو الدافعية.

(جمال القاسم وآخرون، ٢٠٠٠، ص١٣٠:١٣١)

٩- كما يتصف هؤلاء الأطفال بالحركة الزائدة Hyperkinesis.

١٠- كما يشيع بين الأطفال المصابين بأعراض التوحد قصر مدى الانتباه أو العجز التام عن التركيز على عمل.

(لويس كامل مليكة، ١٩٩٨، ص٢٧٥:٢٧٦)

مما يجعل هؤلاء الأطفال في أمس الحاجة إلى الرعاية المتكاملة والشاملة سواء طبياً أو نفسياً أو اجتماعياً أو تعليمياً حتى يحققوا أعلى مستوى ممكن من التوافق مع أنفسهم ومع الآخرين.

اللعب والطفل التوحدى:

- يساهم اللعب بشكل كبير في إكساب الطفل التوحدى كفاءة اجتماعية ومعلومات شخصية، مثال على ذلك أحسن استغلال قدرته الحركية يكسب هذا الطفل الاعتماد على النفس والتركيز.
- ولذلك فإن اختيار الألعاب المناسبة للطفل التوحدى أمر عظيم، لأن الألعاب مفيدة جداً ولها الأثر الكبير في توجيه السلوكيات المرغوبة لدى هذا الطفل، كما تنمى لديه التركيز والانتباه وهذه المهارات من ضمن الأسس التى تسعى لتدريب الطفل التوحدى على الانضباط والتكيف لتكوين الروابط والعلاقات الاجتماعية التى يحتاجها الطفل التوحدى.
- لكن هناك مشكلة كبيرة فنحن لا نتعامل مع طفل عادى بل نتعامل مع طفل غير عادى ويحتاج منا لبذل الجهد من أجل أن نكون بعض الإيجابيات لديه والنهوض به لذا فإن اختيار الألعاب المناسبة له مهمة صعبة، ومن هنا توصل مركز "دالاس" و"تكساس" بأمريكا إلى توصيات قدمها كل من Hill and Mcmackin ومن هذه التوصيات ما يلى:

١- يجب أن تدل اللعبة على مثيرات بصرية، حتى تشد الطفل التوحدى على التحديق فى الأضواء وتركيز وتثبيت بصره، لأنه دائماً يحدق في يده ويضرب ضربات خفيفة أمام عينة.

٢- يجب أن تحتوى اللعبة على مثيرات سمعية لأنه دائماً يهمهم بنغمات ويستعمل لسانه.

٣- كما يجب أن تحتوى اللعبة على مثيرات ملموسة، لأن الطفل التوحدى عادة يحاول ضرب جسمه أو وضع إصبعه فى فمه، فلا بد أن تكون الألعاب ناعمة.

٤- كما يجب أن تحتوى هذه الألعاب على مثيرات تلقائية، لأن هذا الطفل لديه عادات مثل أن يضع جسمه فى وضع غريب أو يمشى على إصبع الدم، ويقلب رأسه إلى الخلف.

ولا شك أن ما ذكرناه آنفاً من أن سلوك الطفل التوحدى غريب بعض الشيء، لذا يقترح Hill and Mcmackin عند اختيار الألعاب المناسبة لأطفال التوحد أن نختار ما يتناسب مع هذه السلوكيات التى يظهرها طفل التوحد، حتى تصبح هذه الألعاب أكثر إثارة وأشد لانتباهه حتى نجعل منه إنساناً عادياً ويستمتع بالحياة كغيره من الأطفال العاديين.

(محمد بن أحمد الفوزان، ٢٠٠٠، ص١٢٢: ١٢٣)

كما أظهرت الدراسات أن الأطفال التوحديين أقل اكتشافاً للأشياء وأقل إدراكاً خلال مواقف اللعب الحر، ولكن عند تقديم التدعيم المناسب لهؤلاء الأطفال مثل "تناول الشيء وتقديمه للطفل واحدة تلو الأخرى" يزيد السلوك الاستكشافى لهؤلاء الأطفال.

ونعنى بذلك أن لتدخل البالغ دوراً هاماً ومدعماً في زيادة السلوك الاستكشافى في اللعب مع هؤلاء الأطفال التوحديين.

(Kasari, C. et al., 1993, P. 401)

العوامل المؤثرة في لعب الطفل التوحدي:

١- البيئة الآمنة (مربى، طفل):

أجمعت الدراسات أن العلاقات الاتصالية الآمنة للطفل التوحدى والشخص القائم على تربيته لها قوية بظهور قدرة الطفل على اللعب لمدة أطول وبطلاقة أكثر. فمثلاً أظهرت إحدى الدراسات أن الأطفال التوحديين الذين لهم تاريخ اتصالى آمن من قبل والديهم لديهم حماس وإصرار وأقل سلبية خلال اكتشافهم للأشياء ولعبهم تميز بظهور بعض الرمزية أكثر من غيرهم من الذين لم يمروا وبتاريخ آمن.

٢-التأثير الثقافي:

تلعب ثقافة المجتمع ونظرتها لقيمة لعب الأطفال دوراً هاماً في الاهتمام باللعب، فعلى سبيل المثال أظهرت بعض الأمهات الأمريكيات والإنجليزيات متوسطى الطبقة الثقافية والاجتماعية اهتماماً بلعب أطفالهم وذلك من خلال الجلوس معهم وإمدادهم بالمزيد من الألعاب المبتكرة والاهتمام باللعب التظاهرى أو التمثيلى لأبنائهم مع تشجيعهم لهذه النوعية من اللعب، فهذا كان له أثر واضح فى نمو قدرة الطفل على اللعب والاكتشاف لما حوله.

وذلك بعكس الثقافات الأخرى التى يشترك الآباء مع الأطفال في اللعب ولا يهتمون بأهميته أو دوره في حياة أطفالهم وبالتالى يخرج هؤلاء الأطفال نوعاً من اللعب المضطرب ولا يتسم بتلقائية ولا يكون عند هؤلاء الأطفال الدافع للاكتشاف واللعب مع المحيطين بصورة طبيعية.

٣- تأثير لعب الأطفال الآخرين والأكبر سناً والأقارب مع الطفل التوحدى:

أكدت الدراسات على الأهمية لوجود أقارب أو أطفال آخرين بجانب الأطفال سواء عاديين أو توحديين في اللعب لأن هذا يعزز ويشجع ظهور اللعب التظاهرى والفهم الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال.

(سهى أحمد أمين، ٢٠٠١، ص٥٨:٥٩)

خلاصة وتعقيب:

ونستخلص مما سبق أن الأطفال التوحديين في حاجة شديدة إلى رعاية مكثفة من تشخيص جيد ومناسب ومن متخصصين في كافة المجالات سواء الطبية أو النفسية أو التأهيلية.

وفي حاجة ماسة إلى برامج تدريبية وتأهيلية تتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم حتى تحقق هذه البرامج الفائدة المرجوة منها على الوجه الأكمل.

ثانيا: الاضطرابات السلوكية Behavior Disorders:

يعاني بعض الأطفال التوحديين من سلوك انغزالي شديد كما أن بعضهم يكون خاملاً والبعض الآخر مخرباً وعدوانياً كثير الصراخ، وقد يعاني بعضهم أيضاً من سلوك إيذاء الذات مثل العض وشد الشعر وخبط الرأس بعنف.

(Gillberg, 1992, P. 348)

وقد يصاحب التوحدية مشكلة النشاط الحركي الزائد الذى يعتبر مشكلة سلوكية شائعة بين هؤلاء الأطفال ويصاحبه مشكلة عدم التركيز والانتباه كما تظهر عليه نوبات الغضب العنيفة في حالة حدوث أي تغيير في البيئة المحيطة أو عدم الاستجابة لأى مطلب يريده.

(Koegel and Kerm, 1997, P. 3)

كما يشير لويس كمل مليكة إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية مثل النشاط الزائد وسلوك إيذاء الذات ونقص الانتباه مع نوبات غضب وعدوان بالإضافة إلى مشكلات التغذية والبوال.

(لويس كامل مليكة، ١٩٩٨، ص٢٧٥:٢٧٦)

ويعتبر سلوك الطفل مضطرباً عندما يختلف تصرفه عن توقعات المحيطين به، وتختلف هذه التوقعات باختلاف الجماعة من حيث الثقافة والحضارة، أو عندما يحدث هذا السلوك في مكان وموقف غير مناسبين على أن يؤخذ عمر الطفل في الاعتبار، فالتقلبات المزاجية مثلاً في عمر ثلاث إلى أربع سنوات تعتبر سلوكاً طبيعياً ولكنها بعد ذلك تعتبر سلوكاً مضطرباً.

(محمود حمودة، ١٩٩٨، ص١٦٨)

إن الخط الفاصل بين السلوك السوى وغير السوى لم يتم تحديده بشكل قاطع، فهو يتأرجح بين أوضاع ثقافية واجتماعية مختلفة ولذلك فإن سلوك أى فرد سوياً كان أو غير سوى محدود داخل حدود ثقافته ولعل ذلك يوضح لنا أحد الصعاب في الوصول إلى تعريف شائع متفق عليه لاضطراب السلوك بين الباحثين كما سنرى فيما بعد عند تناولنا للمفهوم بالتعريف.

ويصبح تحديد هذا الخط الفاصل بين السلوك السوى وغير السوى أكثر صعوبة فى فترة الطفولة – فجميع الأطفال أسوياء أو مضطربين يقومون بنفس السلوكيات تقريباً – فالصراخ ونوبات الغضب والنشاط الزائد جميعها سلوكيات يمكن توقعها من الأطفال الأسوياء شأنهم شأن الأطفال المضربين، فالاختلاف بين السلوك السوى والمضطرب هو اختلاف فى الدرجة وليس في النوع.

وهنا يطرح التساؤل نفسه "كيف إذن يمكن الحكم على سلوك ما بالاضطراب"؟

وحتى نجيب على هذا التساؤل يمكننا أن نذهب مع "هيوارد وأورلانسكى" فيما يقرراه من أنه ربما تكون الوسيلة العملية للنظر إلى اضطراب السلوك هى أن نصف كيف يتصرف الأطفال الذين يعانون من اضطراب سلوكى، وما هى مظاهر سلوكياتهم التى تختلف عن نظرائهم الطبيعيين ويمكننا أن نحلل أو نقيس عدة أبعاد للسلوك وهي النسبة أو المعدل والفترة والطبوغرافيا والحجم أو شدة السلوك.

(Heward and Orlansky, 1992, P. 197:198)

تعريف الاضطرابات السلوكية:

لقد اختلف الباحثون والمتخصصون في تحديد تعريف واحد وواضح للاضطرابات السلوكية وقد اختلفوا في التسميات، حيث أطلقوا عليه عدة مسميات أو عدة مصطلحات ومن أكثر التسميات المستخدمة على نطاق واسع هي كما يلي:

- سوء التكيف — Malad justment
- سوء التكيف الاجتماعي — Social malad justment
- الاضطراب الانفعالي الشديد — Seriously emotionally disturbed

- مشكلات التكيف — Adjustment problems
- المرض العقلي — Mentally ill or sick
- الجناح — Delinquent
- الإعاقة الانفعالية — Emotionally handicap
- الإعاقة الاجتماعية — Socially handicap
- صراعات الأطفال — Children conflict
- الاضطرابات السلوكية — Behavior disorders

إن الناظر إلى التسميات السابقة يجدها مشتقة من نوع المعيار المستخدم لتحديد السلوك الشاذ وأن كثيراً من المسميات السابقة قد ذكرت في نفس التعريفات كالجناح (الانحراف أو الشذوذ) إلا أن أكثر المصطلحات والمسميات المستخدمة بعد مصطلح الاضطرابات السلوكية هو الاضطرابات الانفعالية حيث يعتبره بعض المختصين مصطلحاً مرادفاً لمصطلح الاضطرابات السلوكية، ويرغب البعض أيضاً في تسمية هذا الميدان بميدان الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

(جمال القاسم وآخرون، ٢٠٠٠، ص١٣: ١٤)

وهناك عدة تعريفات للسلوك المضطرب وهي كما يلي:

تعريف ولمان (١٩٧٣) حيث يعرف الاضطرابات السلوكية بأنها:

"مصطلح عام يصف أنماط السلوكيات غير المنظمة والمضطربة وهذا المصطلح يستخدم بالتبادل مع الاضطرابات العقلية والسلوك الشاذ وعلم نفس الشواذ وعلم النفس المرضى".

(Wolman, 1973, P. 41)

وفي تعريف قاموس ويبستر (١٩٦٦) يشير إلى الاضطرابات السلوكية بأنها:

"تعبير رمزي لعدم التكيف العاطفى بين الأشخاص وخصوصاً في الأطفال ويظهر في صورة قضم الأظافر أو التبول اللاإرادى أو السلبية أو الأعمال غير الاجتماعية أو العدوانية الصريحة".

(Webester, 1966, P. 199)

ويعرف جروبار (١٩٧٣) الاضطرابات السلوكية بأنها:

مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحـوظ وتتكـرر باستمرار وتخالف توقعات الملاحظة وتتمثل في الاندفاع والعدوان والاكتئاب والإنسحاب".

(Grauber, 1973, P. 15)

وفي تعريف روس (١٩٧٩) أضفى الطـابع الاجتمـاعي علـى الاضـطرابات السلوكية وعرفها بأنها:

"اضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سـلوكاً منحرفـاً بصـورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذى ينتمى إليه الفرد، بحيث يتكـرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليـه مـن قبـل الراشـدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد".

(Ross, 1979, P. 14)

ويعرف جروثر وآخرون (١٩٨١) الاضطراب السلوكي على أنه:

"السلوك السوى هو النمط السلوكى ذو التكرار المتوسط بينما السلوك الشـاذ من وجهة النظر الإكلينيكية هو التكرارات العاليـة لأنمـاط سـلوكية غيـر مرغوبة مع ندرة حدوث الأنماط السلوكية المرغوبة".

(Growther et al., 1981, P. 32)

ويعرف كل من بويل وجونز (١٩٨٥) مصطلح الاضطراب السلوكى بأنه يشـير إلى:

"العمليات العقلية الدالة على سوء الأداء الوظيفي الـدائم والآثـار والأنمـاط السلوكية المرتبطة بهذه العمليات كما ترتبط الاضطرابات السـلوكية بـالقيم الاجتماعية السائدة وخاصة تلك التى تحدد المشاعر المرغوب فيها والسـلوك المعتدل".

(Boyle and Jones, 1985, P. 137)

ويرى عزيز حنا وآخرون (١٩٩١):

"أن الاضطرابات السلوكية تنتج عن اضطراب التفكير وضـعف الإرادة، ويكون المريض سلوكه نمطياً جامداً، وتتجزأ حركاته وتبدو فيها العرقلة،

وقد يقوم بحركات دورانية حول نفسه تدل على اضطراب التفكير وشذوذه وينزوي المريض بعيداً عن المجتمع".

(عزيز حنا وآخرون، ١٩٩١، ص٥٣)

وتشير انتصار يونس (١٩٩٣) إلى أن الاضطرابات السلوكية هي:

"تلك الاضطرابات التى تدخل في نطاق الأمراض العصابية أو الذهانية، وبهذا المعنى فهى تكاد تنحصر فى نوعين هما المشكلات السلوكية في الطفولة، والحالات السوسيوباتية Sociopath والسيكوباتية Psychopath".

(انتصار يونس، ١٩٩٣، ص٣٥١)

وتعرف إيمان أبو ضيف (١٩٩٨) الاضطرابات السلوكية بأنها:

"استجابات تكيفية خاطئة نتيجة لمواقف الضغط النفسى التى يتعرض لها الطفل ممن حوله ويتمثل السلوك المضطرب في ضعف الانتباه، واللوم الذاتى المفرط، والقلق المفرط، والضعف الأكاديمي، وضعف الانصياع الاجتماعي، وضعف القوة الجسدية، وضعف قوة الأنا، ضعف الشعور بالهوية، العدوانية المفرطة، العناد والمقاومة المفرطة، الاعتمادية المفرطة، والانسحاب المفرط".

(إيمان محمد أبو ضيف، ١٩٩٨، ص٨١٧)

وترى رشا محمد (١٩٩٩) أن الاضطرابات السلوكية

"تتمثل في المشكلات السلوكية والأفعال غير الملائمة التي تصدر عن الشخص وتصف بالتدمير والعدوان أو العصيان أو السلوك المضاد للمجتمع أو الاضطرابات الانفعالية تدل على صراع بين الطفل وبيئته".

(رشا محمد أحمد، ١٩٩٩، ص١٤)

ويعرف جمال القاسم (٢٠٠٠) الاضطراب السلوكى بأنه:

"شذوذ وابتعاد سلوك الفرد بشكل متكرر عن السلوك العام المتفق عليه وفقاً لمعيار محدد، بغض النظر عن نوع هذا المعيار".

(جمال القاسم وآخرون، ٢٠٠٠، ص١٣)

تعليق الباحث على التعريفات السابقة:

أشارت التعريفات السابقة إلى أن السلوك المضطرب يتمثل فيما يلي:

١- السلوك المضطرب هو سلوك غير مقبول اجتماعياً.
٢- السلوك المضطرب متكرر الحدوث.
٣- أن الكبار في المجتمع الذى ينتمى إليه الفرد هم الذين يحكمون على نوعية السلوك.
٤- هناك إمكانية لتعديل السلوك غير المقبول واكتساب سلوكيات مقبولة.
٥- أهمية الأخذ في الاعتبار العمر والجنس والوضع الاجتماعي عند الحكم على السلوك.
٦- أن الاضطرابات السلوكية تعرض الطفل لمشاكل خطيرة في حياته.
٧- تأثر السلوك والأداء الدراسي نتيجة السلوك المضطرب.
٨- تأثر الخبرات الاجتماعية والتربوية بالاضطرابات السلوكية.
٩- ندرة حدوث الأنماط السلوكية.
١٠- الاندفاع، العدوان، الانسحاب، ضعف الانتباه، الخروج عن القواعد والعرف الاجتماعي تعتبر من خصائص المضطربين سلوكياً.

ومن دراسة هذه التعريفات يخرج الباحث ببعض الملاحظات الخاصة بالاضطرابات السلوكية وهي كما يلي:

١- أن مفهوم الاضطرابات السلوكية واسع ويشمل عدداً كبيراً من الاضطرابات النفسية وهذا يحتاج إلى تشخيص دقيق.
٢- يتضمن الاضطراب السلوكى قصوراً في النشاط المعرفي ونقص المهارات الاجتماعية.
٣- الاضطراب السلوكى يشمل اضطراب التوافق والمشكلات السيوسيوباتية والسيكوباتية.
٤- الاضطرابات السلوكية عادات سلوكية لا سوية متعلمة نتيجة التربية والتنشئة الخاطئة والإهمال كما أنها تخضع لقوانين التعلم من حيث التعديل والتغيير.

تعريف الباحث الإجرائي لمفهوم الاضطرابات السلوكية:

"يشير مفهوم اضطراب السلوك لدى الطفل التوحدى إلى عدم السواء في السلوك كإيذاء الذات ونوبات الغضب، والنشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه، والسلوك العدواني، وعجز التواصل مع الآخرين والتى غالباً ما تتسم بأنها ذات نمط متكرر وثابت مما يؤثر في التوافق العام لدى شخصية الطفل".

– ويتضمن هذا التعريف التعريفات الفرعية الآتية:

أ – إيذاء الذات ونوبات الغضب:

"استجابات حركية مختلفة تنتهى بالإيذاء أو الإتلاف الجسدى للشخص الذى تصدر عنه وغالباً ما يكون الضرر الناجم عن هذا النوع من الاستجابات فورياً وعادة ما يكون مصحوباً بنوبة غضبة والتي تتفاوت في شدتها من الضيق والاستثارة البسيطة إلى التهيج الحاد".

ب – النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه:

"استثارة داخلية واضحة ومتكررة بشكل روتيني ونمطى كالاهتزازات الجسدية المتكررة أو الحركات الدورانية والقفز بشكل متكرر دون ملل وما يصاحبه من ضعف في الانتباه والذي يتسم بضعف القدرة على التركيز وانجذاب الطفل لأي مثير خارجي تاركاً المثير السابق في فترة لا تتجاوز الثوانى ومن مظاهره فشل الطفل في إنهاء المهمة التي شغلته فترة من الزمن".

جـ–السلوك العدواني:

"هو سلوك موجه إلى الآخرين ويتسم بالإصرار على إلحاق الأذى والضرر بالآخرين".

د – سلوك عجز التواصل مع الآخرين:

"هو سلوك يتسم بنقص القدرة على بدء ومواصلة التواصل والتفاعل مع الآخرين سواء بالإشارات أو بالإيماءات أو لفظياً وبصرياً".

معدل انتشار اضطراب السلوك:

رغم أن اضطراب السلوك شائع جداً إلا أنه لا يوجد اتفاق علـى معـدل انتشار هذا الاضطراب، والسبب في ذلك أنه لا يوجد تعريف عالمى متفق عليـه للمشكلة، ومع ذلك فلقد أشارت الدراسات في أمريكا أن النسبة تتراوح مـا بـين ٥:١٥% كما لوحظ زيادة النسبة بين الأولاد الذكور في الطبقـات الاجتماعيـة الدنيا، وكانت نسبة انتشار السلوك المضطرب في جمهورية مصر العربية بـين أطفال المدارس الابتدائية تصل إلى ٦,٣٥% وأنه أكثر انتشاراً لدى الذكور عنـه بين الإناث.

مصير السلوك المضطرب:

لقد أظهرت الدراسات التتبعية لمضطربى السلوك أن الغالبية منهم وهـم حوالى ٧٥% يعدلون عن سلوكهم المضطرب بعد بلوغ سـن العشـرين وهـذا التغيير قد يحدث كاستجابة لنصيحة إيجابية أو حدث أثنى عزمـه، مثـل نجـاح دراسي أو رياضي أو علاقة عاطفية.

والنسبة القليلة من هـؤلاء الأطفـال وهـم حـوالي ٢٥% يسـتمرون كشخصيات مضادة للمجتمع "سيكوباتية".

والذين يعدلون عن سلوكهم المضطرب يفعلون ذلك بدافع الحاجة الداخلية للحب والقبول الاجتماعى، حيث يتعلم الطفل قيمة الحب وقيمة أن يكـون محـط اهتمام الآخرين وحبهم كما يتعلم أن الحب ميزة يضحى في سبيلها بأيـة مزايـا أخرى تتعارض معها السلوك المضطرب.

(محمود حمودة، ١٩٩٨، ص١٨٩:١٩٠)

العوامل السببية في الاضطرابات السلوكية:

تعددت التفسيرات السببية لاضطراب السلوك وتداخلت هـذه الأسـباب وتشابكت مع بعضها البعض، لذلك سوف نحاول فيما يلي عـرض أهـم هـذه الأسباب مصنفة في ثلاث مجموعات من العوامل السببية وهي:

أ – مجموعة العوامل السيكولوجية.

ب – مجموعة العوامل النفسية-الاجتماعية "البيئية".

جـ-مجموعة العوامل العضوية والفسيولوجية.

أولاً: العوامل السيكولوجية:

العوامل السيكولوجية التي تسبب اضطرابات السلوك متعـددة وتختلـف باختلاف أصحاب النظريات السيكولوجية، إلا أن من أبرز هذه العوامل ما يلي:

(١) الإحباط Frustration:

وهو حالة تنتج عن التأخير في الحصول على إثابة للسلوك، أو عن إعاقة تحقيق الأهداف أو عن الصراع. مما يؤدى إلى نقص الدافعية ونقص القدرة على الاستجابة للمواقف المختلفة ويؤدى كذلك للسلوك العدواني.

(٢) حرمان الطفولة Childhood deprivation:

وهو ينتج عن انفصال الطفل عن شخص محبوب لديه، أو عن وفاة هـذا الشخص مما يؤدى إلى اضطرابات سلوكية في فترة تالية من الحياة.

(٣) الثبوت Preservation:

الثبوت على مرحلة من المراحل النمائية أو النكوجى إلى هذه المرحلة

(فتحي السيد، ١٩٩٠، ص١٥٣:١٥٤)

(٤) اضطراب العلاقة بين الأم أو من ينوب عنها والطفل.

(٥) نقص مستوى الذكاء.

(٦) الشعور بالتعاسة والإحباط والتعبير عن الرفض الداخلي.

(٧) الشعور بالذنب والحاجة اللاشعورية للعقاب.

(محمود حمودة، ١٩٩٨، ص١٨٧)

ثانيا: العوامل النفسية الاجتماعية "البيئية":

ينظر الكثيرون إلى المؤثرات الأسرية على أنهـا أسـباب لاضـطرابات السلوك ويأتى فى مقدمة هذه الأسباب ما يلي:

(١) الحرمان من الوالدين: مما يؤدى إلى ظهـور أشـكال مـن السـلوك العدوانى مع نقص في ضبط السلوك الذاتى ونقص المشـاعر تجـاه الآخرين.

(٢) الخصائص الوالدية: توجد صراعات الحياة الزوجية في أغلب الأحيان لدى والدى الطفل الجانح، كما يعتبر الوالدان نماذج للسلوك العدوانى.

(٣) أنماط تنشئة الطفل التى ترتبط بنمو مشكلات لدى الطفل:

أ-الميول العقابية عند الأم، أو التسامح الزائد وعدم اتساق المعاملة، والإهمال، والميول التسلطية في ضبط سلوك الأطفال.

ب-رفض الوالدين للطفل وتشجيع الميول العدوانية عند الأبناء.

جـ-الضبط الزائد من جانب الأم.

(فتحي السيد، ١٩٩٠، ص١٥٨: ١٥٩)

وقد أوضحت كثير من البحوث والدراسات أن الأطفال الذين يحرمون من حنان الوالدين خاصة الأم في السنوات المبكرة من العمر يكونون أقل نشاطاً وأقل ذكاء وأكثر عرضة للاضطرابات السلوكية من غيرهم. كما تؤكد أيضاً الكثير من الدراسات الحديثة على أن كثير من حالات المضطربين سلوكياً ترجع إلى الأساليب والاتجاهات الخاطئة التي تتبعها الأم في التفاعل مع أطفالها وخاصةخلال مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة.

(عائشة عبد الخالق، ١٩٩٥، ص٤٤)

ثالثاً: العوامل الفسيولوجية:

يمكن تلخيص أهم النتائج التى كشفت عنها البحوث والدراسات فى مجال العوامل العضوية والفسيولوجية وارتباطها باضطرابات السلوك فيما يلى:

(١) اضطرابات السلوك أكثر شيوعاً بين الأطفال المبتسرين عن غيرهم.

(٢) التلف المخى أو سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزى، حيث يعتقد الكثيرون بأن سوء الأداء الوظيفى للجهاز العصبى المركزى يعتبر من العوامل المسببة لاضطرابات السلوك.

(فتحى السيد، ١٩٩٠، ص١٦٢: ١٦٣)

وقد لوحظ أن شذوذ تخطيط الدماغ لدى ٦٥% من مضادى العدوان الجانحين.

(٣) شذوذ الكروموسومات الوراثية:

حيث لاحظ بعض الدارسين أن شـــذوذ الكروموســـومات (47-xxy) و (47-xxy) يصاحبه اضطراب السلوك.

(٤) الوراثة:

فالأطفال كما يشبهون آباؤهم من الناحيـــة الجســـمانية والعقليـــة فـــإنهم يشبهونهم سلوكياً وعاطفياً وتأكد ذلك من خلال دراسة التاريخ العائلى المضطرب سلوكياً ودراسة التوائم المتماثلة التى كشفت أنه إذا كان أحدهما مجرماً كان الآخر مجرماً بنسبة ثلاثة من كل أربعة، بينما فى التوائم غير المتماثلة تقل النسبة إلـــى واحد من كل أربعة.

(٥) عوامل بيولوجية أخرى:

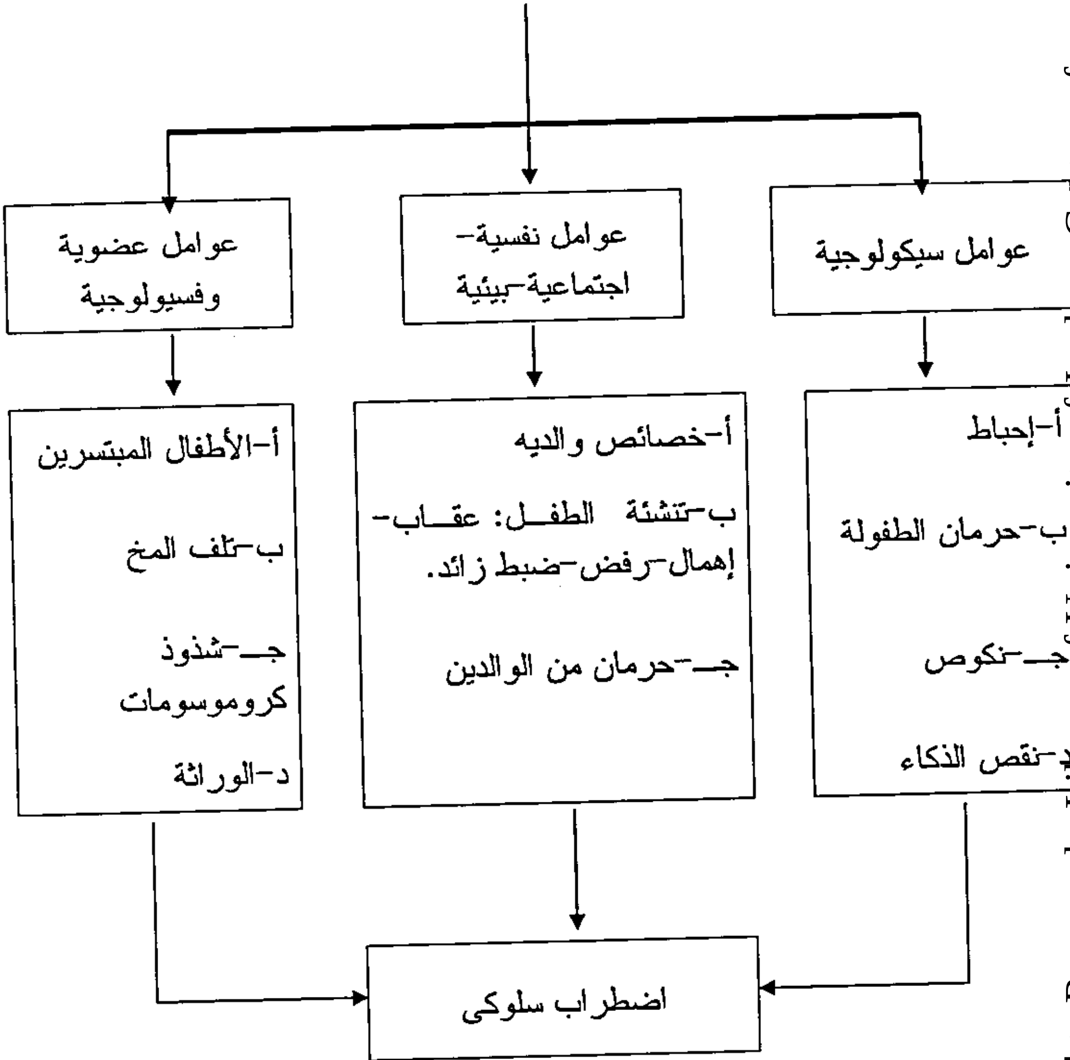
مثل خاصية البناء الجسمانى العضلى أو أن مدة حمل الطفل لم تكتمل أى أنه ولد مبتسراً أو حدوث تسمم أثناء الحمل، ولكن الأكثر أهمية من ذلـــك هـــو تعرض مضطربى السلوك لكثير من الحوادث والإصابات فى طفـــولتهم وهـــذا يعكس إهمال الأسرة في حماية هذا الطفل.

(محمود حمودة، ١٩٩٨، ص١٨٣:١٨٤)

خلاصة وتعقيب:

يتضح مما سبق أن العوامل الثلاثة السابقة "سيكولوجية، بيئية، عضـــوية وفسيولوجية" تتشابك جميعاً مما ينتج عنهم فى النهاية سلوك مضـــطرب ويمكـــن توضيح ذلك من خلال الشكل رقم "٣" التالى:

شكل رقم "٣" يوضح أسباب السلوك المضطرب



ويتضح من الشكل السابق أنه يجب الأخذ في الاعتبار العوامل الثلاثة السابقة في الحسبان وذلك عند علاج الاضطرابات السلوكية أو التخفيف من حدتها.

أشكال السلوك المضطرب:

أولاً: سلوك إيذاء الذات Self-Injurious Behavior

وهذا المصطلح يشير إلى استجابات حركية مختلفة تنتهى بالإيذاء أو التلف الجسدى للشخص الذى تصدر عنه، وغالباً ما يكون الضرر الناجم عن هذا النوع من الاستجابات فورياً. وعلى الرغم من أن إيذاء الذات قد يحدث لدى الأطفال العاديين فى المراحل العمرية المبكرة إلا أنه يستمر بالحدوث وبشكل متكرر ومزمن لدى بعض الأفراد المعوقين وبخاصة منهم ذوى الإعاقات الشديدة.

ومن الواضح أن هذا السلوك قد يشكل خطراً يهدد حياة الإنسان أو سلامته الشخصية ويحرمه من الاستفادة من البرامج التربوية والتأهيلية المقدمة له.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن مصطلحات عديدة أخرى تستخدم للإشارة إلى إيذاء الذات منها:

أ - إساءة معاملة الذات Self-Abuse

ب- التشويه الذاتى Self-Mutilation

جـ-إتلاف الذات Self-Destructive Behavior

د - العقاب الذاتى Self-Punishment

ويوضح الجدول رقم "٦" بعض أشكال الإيذاء الذاتى الشائعة لدى الأشخاص المعوقين.

[الجدول رقم "٦"]

أشكال إيذاء الذات الشائعة لدى الأشخاص المعوقين

١- ضرب الرأس بعنف	Head Banging
٢- صفع الوجه	Face Slapping
٣- شد الشعر	Hair Pulling
٤- عض أجزاء من الجسم	Self Biting
٥- الخدش	Scratching
٦- الضغط بشدة على العين	Eye Gouging
٧- القرص	Pinching
٨- الحرق	Burning Parts of the Body
٩- ضرب الجسم بعنف	Banging Body Against Object

(جمال الخطيب، ١٩٩٣، ص١٦٣)

أنماط سلوك إيذاء الذات:

- إن الكثير من الأطفال شديدى الاضطرابات وهم عادة الأطفال الذهانيون أو التوحديون أو الفصاميون يؤذون أنفسهم بشكل متكرر ومقصود وبطريقة بالغة القسوة. وهذه الأنماط السلوكية تأخذ طائفة واسعة من الأشكال، ولكنها جميعاً تشترك في عاقبة واحدة إذا تركت من دون معالجة وهى الأذى الجسمى.
- وإذا لم توضع ضوابط لحماية الطفل جسمياً، أو إذا لم تتخذ أساليب وإجراءات التدخل الفعال، فإن احتمالات الخطر تتزايد، فيكون عرضه بشكل مستمر لأن يشوه وجهه أو يصاب بالعجز أو يقتل نفسه.
- وقد يصعب تحديد قائمة كاملة بالطرق التى قد يستخدمها الطفل في إيذاء ذاته، ولكن تقديم أمثلة نوعية من استجابات إيذاء الذات قد يكون كافياً في إيضاح الصورة الإكلينيكية التشخيصية لهذا الاضطراب.

- فقد يلجأ الأطفال إلى صفع أنفسهم أو إلى ضرب أنفسهم بقبضة أيديهم، وقد يخبطون رأسهم في الحائط أو الأرض أو قطع الأثاث وقد يشدون شعرهم أو يقتلعونه وقد يخدشون أنفسهم بأظافر أصابعهم أو بأشياء حادة وقد يبتلعون مواد سامة والآلات الحادة كالأمواس... الخ وهكذا تتباين شدة أنماط سلوك إيذاء الذات.
- فالإصابة الجسمية الناجمة عن ذلك السلوك تتفاوت فى درجة شدتها. فبعض الأفراد قد يبدون حرصاً وبالتالي لا تحدث إلا إصابات قليلة فقط مع عواقب مستديمة قليلة إلا أن هناك أفراداً آخرين يحدثون في أنفسهم إصابات مستديمة وجسيمة كالعمى أو فقدان الأطراف أو النزيف الشديد، أو الارتجاج المخى، وهؤلاء الإفراط غالباً ما يجرى إخضاعهم للتقييد الجسمى على سبيل المثال ربطهم بالسرير خشية أن يتسببوا في المزيد من الإصابة لأنفسهم أو فى قتل أنفسهم، ويلاحظ أنه عندما تفك قيودهم فإن سلوك إيذاء الذات يبدأ عندهم مرة أخرى.
- وهكذا يتميز سلوك إيذاء الذات في حالاته المرضية المنحرفة بمعدلة وشدته واستمراره، فهذا السلوك المنحرف يحدث بشكل متكرر، وبدرجة من الشدة والاستمرار لا يستطيع معها الطفل أن ينمى علاقات اجتماعية سوية ويكون في خطر من أن يصبح – ومن صنع ذاته – مقعداً أ، مشلولاً ويعتبر الانتحار شكل من أشكال سلوك إيذاء الذات المتطرفة.

(مكتب الإنماء الاجتماعى، ٢٠٠٠، ص٢٦٢:٢٦٣)

- نستخلص مما سبق أن سلوك إيذاء الذات وهو من أحد الاضطرابات السلوكية التى يعانى منها بعض الأطفال العاديين بصفة عامة والأطفال التوحديون بصفة خاصة له أنماط عديدة وتتراوح في درجتها وفي شدتها ومداها مما يؤثر تأثيراً سيئاً على الطفل وعلى المحيطين به بالإضافة إلى النتائج المترتبة عليها من حيث عدم الاستفادة من البرامج التأهيلية والتعليمية والتدريبية والعلاجية ولذلك فإن هذا السلوك يستحق الدراسة والمتابعة من جميع المتخصصين وذلك بهدف الحد من خطورته وشدته.

نوبات الغضب:

يعتبر الغضب Anger من أحد الانفعالات الهامة والأساسية التى يشعر بها كل إنسان لذلك فإنه يعد من الانفعالات العالمية Universal شأنه في ذلك شأن المخاوف والسعادة والحزن، فلا يوجد إنسان ينتمى إلى أى ثقافة أو حضارة، إلا وتعرض إلى خبرة الغضب.

(علاء الدين كفافى، مايسة النيال، ٢٠٠٠، ص٧)

ومع ذلك فإن حالة الغضب تختلف من فرد إلى آخر من حيث الأسباب والدرجة والنوع.

(حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٤٦٥)

أي أن المعايير السلوكية تختلف خلال نوبات الغضب من طفل لآخر ولكل طفل تصرفاته المميزة مع كل نوبة غضب، وأثناء ذلك يفقد تحكمه في تصرفاته أو انفعالاته، ويبدو وكأنه يعاني من شحنات انفعالية لا إرادية قد تؤدى به إلى أن يقذف أو يدمر أى شيء متحرك أو أى أثاث يعترضه.

(إبراهيم شكرى، ١٩٩٧، ص٢٢٦)

إذاً فالغضب ما هو إلا "انفعال يصدر عن الفرد حين التعرض إلى مواقف وأحداث معينة يتعرض فيها لإهانة أو لوم من شأنه أن يحط من قدره، وله ردود فعل فسيولوجية وأخرى جسمية ولانفعال الغضب صفة الشدة والتكرار، وقد يتفاوت فى مدى استمراريته من شخص إلى آخر. ويمكن التعبير عنه في صورتين أو فى كليهما، والصورة الخارجية أو الغضب الخارجى "وهو السلوك الظاهر الملاحظ"، والصورة الداخلية أو الغضب الداخلى "الذى يرتبط بالتغيرات الفسيولوجية".

(علاء الدين كفافى، مايسة النيال، ٢٠٠٠، ص١٠)

ونستخلص مما سبق أن انفعال الغضب:

أ – يمكن تقسيمه إلى غضب خارجي وغضب داخلى.

ب – يتراوح الغضب فى شدته ودرجته من طفل لآخر وفقاً لدرجة التنبيه الفسيولوجى.

كما ينتج عن انفعال الغضب العديد من المشاعر السلبية.

د – وينتج عن الغضب أيضاً الميل إلى التعبير عن السيطرة.

هـ–وعادة ما تؤدى عادات الإهمال أو العقاب الزائد من الوالدين أو إرغام الطفل على فعل شيء دون إرادته إلى مشاعر الغضب.

مسار نوبات الغضب وتطورها:

يتطور الغضب عبر المراحل العمرية المختلفة إلا أننا سوف نتناول أفعال الغضب في مرحلة الطفولة المبكرة والتى تتراوح ما بين ١٢:٥ سنة وذلك حتى تتفق مع عينة الدراسة الحالية والتى تتراوح أعمارهم ما بين ١٢:٩ سنة.

ويرى "مفيد وزيدان حواشين" إن الغضب في هذه المرحلة يتميز بأنه:

أ – غير محدد ويمتاز بالعمومية والعشوائية.

ب – متذبذب وسريع الزوال.

جـ–وعادة ما يكون انفعال الغضب لأسباب بدائية كعدم تحقيق حاجيات الطفل، أو تكليفه بأعمال صعبة أو التدخل في شئونه أو انتقاده أو مقارنته بالغير أو تفضيل آخرين عليه أو إهماله.

د – وعلى الرغم من أن اللغة في هذه المرحلة تحل محل المظاهر الحركية فيسب أو يشتم أو يغيظ أو يتهكم أو يستهزئ من غيره، إلا أننا نلاحظ استمرار بعض المظاهر الصوتية للتعبير عن الغضب بالصراخ والبكاء أو مظاهر حركية كالرفض والعض والإلقاء بنفسه على الأرض، أو مظاهر عدائية كتحطيم الأشياء أو إتلاف الممتلكات.

(مفيد حواشين، زيدان حواشين، ١٩٩٦، ص٣٦)

مظاهر الغضب ودلالاته التشخيصية:

يظهر الغضب في ثلاثة أساليب مختلفة وهى كالتالى:

أ– الغضب الإيجابي Positive Anger

ب– الغضب السلبى Negative Anger

جـ– الغضب المنفر أو الاشمئزازى Disgusted Anger

أولاً: الأسلوب الإيجابى للتعبير عن الغضب:

ويكون فيه الغضب مصحوباً بالصراخ والثورة ودفع الأبواب أو إتلاف الأشياء أو الضرب أو الرجم بالحجارة والتهديد والتخريب أو العدوان.

(حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٤٦٦)

ثانياً: الأسلوب السلبى للتعبير عن الغضب:

ويسبب هذا النوع من الغضب ضغطاً على صاحبه وتظهر فيه الاضطرابات السيكوسوماتية كقرحة المعدة والصداع النصفى وأمراض القلب.

ثالثاً: الغضب المنفر أو الاشمئزازى:

ويعانى صاحبه من الشعور بالذنب ولوم الذات عقب النوبة الغضبية ويلجأ الفرد في أحيان كثيرة إلى إنكاره وعدم الاعتراف به وعملية الإنكار هذه تعمل وإلى حد كبير ميكانيزم دفاعى وفى أحيان كثيرة يحول الفرد غضبه نحو شيء معين وهذا ما يسمى غضب الإزاحة Displacement Anger وهو الآخر ميكانيزم دفاعى كالإنكار.

(علاء الدين كفافى، مايسة النيال، ٢٠٠١، ص١٧:١٨)

مضاعفات الغضب:

للغضب أضرار كثيرة وخطيرة ومن أهمها ما يلى:

١- فالغضب يسبب كثيراً من الأمراض الجسمية والنفسية كما يعرقل عملية التفكير ويفسد على الإنسان استدلالاته وأحكامه.

٢- وثورة الغضب تعد مسئولة عن وقوع كثير من جرائم القتل والعنف وعن حوادث التدمير والإتلاف والتحطيم.

٣- الغضب يدخل الفرد في حلقة مفرغة من العدوان.

٤- كما أن لجوء الطفل الغاضب إلى الصمت الحزين وإلى القنوط واليأس يعرضه للكثير من الخبرات التى تؤدى إلى الانطواء وحب العزلة والابتعاد عن الناس ويولد فى نفسه الشعور بالاضطهاد وبالظلم، فيحس أنه مضطهد من الجميع.

٥- بالإضافة إلى ذلك فإن الانفعالات العنيفة ومنها الغضب حين نقمعها باستخدام القوة فإنها لا تموت ولا ينعدم وجودها وأثرها، وإنما تحبس وتكتب فى وجدان الفرد، وتظل حية تنتظر الفرصة التى تطفو فيها وتظهر سافرة فى الفرد فى السلوك الخارجى.

(حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٤٦٧:٤٦٨)

ثانياً: فرط النشاط المصحوب باضطراب الانتباه (ADHD):

منذ الأربعينات وضع أطباء النفس تسميات عديدة للأطفال مفرطى الحركة الذين يعانون من نقص الانتباه وأفعالاً عضوية بشكل غير عادى واعتبروا أن مثل هؤلاء يعانون من خلل الوظيفة الدماغية Brain Dysfunction بشكل طفيف أو متلازمة للطفل ذى الدماغ المتأذى Brain Injured Child Syndrome أو التفاعل مفرط الحركة الطفولى Hyperkinetic Reaction of Childhood أو متلازمة الطفل المفرط الحركة Hyperactivity Child Syndrome وحديثاً خلل نقص الانتباه Attention Deficit Disorder.

(باركلى، أ، ر، ١٩٩٩، ص٤٩)

ويعرف عبد العزيز الشخصى (١٩٩٤) اضطراب فرط النشاط بأنه "إصابة الأطفال بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية والنشاط الحركى الزائد قبل السابعة من العمر".

(عبد العزيز الشخصى وآخرون، ١٩٩٤، ص٤٦)

كما يشار إلى الطفل مفرط النشاط "بأنه لا يولى عادة اهتماماً بالآخرين أو المهام أو الأعمال ولا يجلس هادئاً لفترة طويلة جداً ودائماً ما يجرى ويقفز".

(واطسون، س، ١٩٩٤، ص١٢٥)

ويعرف ضعف الانتباه بأنه: "ضعف القدرة على التركيز وانجذاب الفرد لأي مثير خارجى ملهياً عن المثير السابق فى فترة لا تتجاوز الثوانى، ومن مظاهر ضعف الانتباه: فشل الطفل فى إنهاء المهمة التى شغلته فترة سهولة التشتت فيبدو الطفل وكأنه لا يستمع بالإضافة إلى صعوبة التركيز فى العمل المدرسى أو أى أنشطة أخرى".

(DSM, IV, 1994, P. 63)

وخصائص النشاط الزائد تشمل عدة مظاهر منها ما يلى:

الضعف الشديد فى التركيز وهذا الضعف يعبر عن نفسه فى عدم القدرة على الانتباه لفترة طويلة، حيث أن الطفل لا يستطيع الانتباه لمهمة ما أكثر من بضع دقائق والتشتت، حيث أنه يفقد الاهتمام بسبب الأصوات أو المشاهد الجانبية واضطراب الوظائف الحركية. كما يتميز هؤلاء الأطفال بالاندفاع، فالتهور غالباً ما يرافق النشاط الزائد ويشير هذا المصطلح إلى استجابة الطفل المباشرة للإثارة، أى أن الطفل يستجيب قبل أن يفكر ولهذا يطلق على هؤلاء الأطفال اسم الأطفال الذين توجههم نزواتهم.

هذا ويبين الجدول رقم "٧" أهم الخصائص التى تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد.

[الجدول رقم "٧"]

الخصائص العامة المرتبطة بالنشاط الزائد

١- التهور	Impulsivity
٢- نوبات الغضب الشديد	Temper Tantrums
٣- عدم القدرة على تحمل الإصابة	Low Frustration Tolerance
٤- عدم القدرة على الانتباه	Short Attention Span
٥- تغيرات ملحوظة فى المزاج	Mood Swings
٦- التشتت	Distractibility
٧- علاقات اجتماعية مضطربة	Disturbed social relationships
٨- الفوضى	Disruptiveness
٩- العدوان	Aggression
١٠- اضطراب الوظائف الحركية	Abnormalities of Motor Functions
١١- النشاط الجسدى المفرط	Over Activity
١٢- القابلية للإثارة	Excitability

(جمال الخطيب، ١٩٩٣، ص١٨١:١٨٢)

انتشار اضطراب نقص الانتباه:

يعد اضطراب نقص الانتباه من الاضطرابات الشائعة حيث يوجد بين الأطفال من مختلف الطبقات الاجتماعية ويتراوح معدل انتشاره من ٤:٢٠% بين الأطفال في سن المدرسة الابتدائية والذى يتراوح من سن ٦:١٢ سنة.

وفي مصر تصل النسبة في هذا السن أيضاً إلى ٦,٢% وهذا الاضطراب ينتشر بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة ١:٧.

(محمود حمودة، ١٩٩٨، ص٢٠٣)

وتشير الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية أن نسبة انتشار (ADHD) حوالي ٣:٥% من أطفال مدارس التعليم الأساسى، وفى بريطانيا تقل النسبة لأقل من ١% وتكثر لدى الذكور عنه لدى الإناث بنسبة ١:٣ وقد تصل إلى ١:٥ وتكون أكثر شيوعاً في الطفل الأول.

(Harold and Sadock, 1988, P. 582)

بدء الاضطراب ومساره ومضاعفاته:

عادة يظهر اضطراب نقص الانتباه في سن ثلاث سنوات ويصل قمة ظهوره بين الثامنة والعاشرة من العمر ولقد أشارت الدراسات التتبعية لمرضى العيادة أن حوالي ثلث الأطفال فاقدي الانتباه مفرطي الحركة يستمرون في إظهار بعض علامات الاضطراب في الرشد، وهناك مؤشرات رصدتها تلك الدراسات تنبئ بمصير سيئ وهي:

أ-وجود اضطراب سلوك مصاحب لدى الطفل أو المراهق.
ب-نقص معدل الذكاء لدى الطفل.
جـ-وجود اضطراب عقلى شديد لدى الوالدين أو من ينوب عنهما.

ومن أهم مضاعفات اضطراب نقص الانتباه هى الفشل الدراسى، حيث يفشل الطفل في فهم دروسه نتيجة لنقص الانتباه وقد يصاب في الكبر بالمرض النفسي أو الإجرام الاجتماعى وهذا يشير إلى أن اضطراب نقص الانتباه حالة تمهيدية قد تتطور إلى مرض نفسي أو اضطراب شخصية مضادة للمجتمع، وقد يصبح الطفل مدمناً للمواد المخدرة.

(محمود حمودة، ١٩٩٨، ص١٩٨)

أنواع النشاط الحركى المفرط:

ولقد وصف وليم كروكشانك William Cruickshank نمطين من أنماط النشاط المفرط وهما:

أ- فرط النشاط الحسى Sensor Hyperactivity

ب- فرط النشاط الحركى Motor Hyperactivity

والقابلية لتشتت الانتباه إحدى الخصائص الأولية لفرط النشاط الحسى. والتلميذ الذى لديه فرط نشاط حسى لديه سعة انتباه بالغة القصر أحياناً أقل من دقيقة.

والتلاميذ الذين لديهم فرط نشاط حركى يبدو أنهم يفقدون السيطرة عندما يجدون فرصة سانحة أنهم على نحو مستمر يتلوون وينثنون ويتلفتون ويتناولون أى شيء يستطيعون أن يضعوا أيديهم عليه وفى الردهات والملاعب أو المساحات المفتوحة التى بها مثيرات كثيرة وتكون ردود أفعال هؤلاء التلاميذ مفرطة فى الجرى والصياح والإزعاج بصفة عامة، وأن تطلب من تلميذ على هذا النحو أن يجلس هادئاً لمدة عشر دقائق طلب قريب من المحال.

(مارتن هنلى وآخرون، ٢٠٠١، ص١٨٧:١٨٨)

خلاصة وتعقيب:

إذا كان النشاط الحركى المفرط المصحوب بنقص فى الانتباه من أصعب المشاكل التى تواجه المتخصصين والآباء مع الأطفال العاديين، فإن الأمر يصبح أكثر صعوبة وتعقيداً مع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وخاصة الأطفال التوحديون وخاصة أن هذا السلوك يتسم بالاندفاعية والعدائية مما يمثل خطورة بالغة على الطفل ذاته وعلى الآخرين ولذا وجب الاهتمام به إلى أقصى حد ممكن مع حصوله على الرعاية والعناية الكاملتين سواء من جانب الوالدين أو المتخصصين شأنهم شأن الأطفال العاديين.

ثالثا: سلوك عجز التواصل مع الآخرين:

التواصل هو الأسلوب أو الطريقة التى يتم بها تبادل المعلومات بين الأفراد، سواء بالكلمة المنطوقة أو المكتوبة أو بالابتسامة أو الإشارات أو الإيماءات، أو حركات الجسم، أو حركات اليدين أو تعبيرات الوجه، وهى عملية

تبدأ قبل أن يكتسب الطفل القدرة على استخدام الرموز اللغوية، وتزداد قدرة الفرد على التواصل باكتساب اللغة.

(ليلى كرم الدين، ١٩٩٠، ص٤٨)

وتعتبر إعاقة الاتصال من الإعاقات المصاحبة لإعاقات أخرى مثل التخلف العقلى أو التوحد أو الشلل المخى.

(عثمان لبيب، ٢٠٠٢، ص١٩٧)

وترى نادية أبو السعود (٢٠٠٠) أن الطفل التوحدى يعانى من ضعف في التواصل وضعف في العلاقات الاجتماعية، فالطفل لا يملك وسيلة للتواصل مع من حوله، يعانى من مشاكل فى اللغة والتخاطب وقد ينطق بعض الكلمات ثم يفقد القدرة على النطق، أو تكون لديه لغة غير مفهومة، أو يردد ما يسمعه كالصدى.

(نادية أبو السعود، ٢٠٠٠، ص٢٢)

وهذا ما أشار إليه Ehlers (١٩٩٦) حيث يواجه العديد من الأطفال التوحديين مشاكل وصعوبات في التواصل مع الآخرين ويفتقدون القدرة على استخدام اللغة بطريقة صحيحة ليتواصلوا بها مع من حولهم.

(Ehlers, R.C. et al., 1996, P. 387)

ويسود الاتصال المضطرب في التوحد حيث يتأثر كل من الاتصال الشفوى وغير الشفوى، وبشكل عام يستخدم الأطفال التوحديين إيماءات غير شفوية أقل.

ونقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية وكذلك عدم استخدام الإشارات المصاحبة التى تساعد في تأكيد وتوضيح التواصل الكلامى.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٢، ص٦٤٢)

وقد يكون اضطراب التواصل لدى الطفل التوحدى على المستوى الاجتماعى أو اللغوى أو المعرفى مع قصور في القدرة على التخيل والاحتكاك مع الآخرين.

(Brown, W, 1990, P. 25)

ومن أهم المشكلات الاتصالية التى تظهر بوضوح لدى الطفل التوحدى هى كما يلى:

(١) العزلة الاجتماعية:

الأطفال التوحديون يجيدون عزل أنفسهم حتى لو كانوا فى حجرة مليئة بأعضاء العائلة وقد يقضى الأطفال التوحديون وقتاً قليلاً جداً بالقرب من آبائهم مقارنة بالأطفال العاديين والذين يكونون على علاقة وثيقة بأمهاتهم فإذا ابتعدت الأم عن طفلها العادى لبعض الوقت فيرجع ويسأل عنها ويبحث عنها فى كل مكان أما التوحديين فيفتقدون هذه العلاقة.

(Siegel, B, 1996, P. 26)

وكما يذكر (Klin) أن الصفة الإكلينيكية الأساسية لاضطراب التوحد هى اضطراب عميق فى العلاقات الاجتماعية تظهر فى الشهور الأولى من حياة الطفل.

(Klin, et al., 1993, P. 612)

ويترتب على كل ذلك مشاكل في العلاقات الاجتماعية والفهم الخاطئ للواقع المقصود في الاتصال والتواصل الاجتماعى.

(عثمان لبيب، ٢٠٠٢، ص٢٠١)

(٢) الفشل في فهم العلاقات بالآخرين والاستجابة لمشاعرهم:

تؤكد الدراسات أن من العيوب المحددة التى تظهر بين الأطفال التوحديين هي الفشل في فهم وإصدار الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين، وأيضاً نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات أى نقص في فهم طبيعة العلاقات الاجتماعية.

(Gray.e.A, 1995, P. 219)

كما أن الأطفال التوحديون يعانون من فساد في العلاقات الاجتماعية واللاوعى بالآخرين والانعزالية وغياب الرغبة في الاتصال الاجتماعى بهم وأيضاً يتضح في غياب التفاعل الاجتماعى نتيجة نقص وعى الطفل بالآخرين مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً.

(Maureen and Tessa, 1993, P. 11)

ويفتقر هؤلاء الأطفال التوحديون الاتصال بالعين مع المحيطين وبالأخص الأم، وأن أم الطفل التوحدى تترجم فشل طفلها في إصدار الاتصال بالعين معها والابتسامة لها بأنه فشل في التبادل الاجتماعى للمشاعر بينها وبينه وبالتالى بينه وبين الآخرين وهذا الفشل يساهم فى إنشاء صعوبات في العلاقة بين الطفل والأم ثم الطفل والأهل.

(Dawson and Galpert, 1988, P. 34)

(٣) غياب الدراية بمعرفة مشاعر وعواطف الآخرين:

أوضح Hobson (١٩٩٣) أن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في التعرف على مشاعر الآخرين أو التعرف على الحالات العاطفية للآخرين في المواقف الاجتماعية.

(Hobson, 1993, P. 314)

كما أوضحت الدراسات أن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلة في التعبير عن ربط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة وأن مجال استخدام الإشارات الجسدية والتعبيرات بالوجه محدود للغاية وهذا بالنسبة لهم، أما التعرف على مشاعر الآخرين الخاصة بالسعادة والحزن فلديهم مشكلة فيها أيضاً.

(محمد على كامل، ١٩٩٧، ص٨١)

(٤) مشكلة الفهم:

إن الأطفال التوحديين لديهم تمييز سمعى ضعيف وأيضاً لديهم مشاكل في الإدراك السمعى وبالتالى يكونون غير قادرين على استخلاص المفاهيم من اللغة الغير مسموعة والمسموعة، وهذا يؤثر على قدرة الأطفال التوحديين على الفهم والتعرف وبالتالى على لاتصال اللغوى بينهم وبين الآخرين.

(٥) مشكلة التعبير أو العلاقة الوسيلية مقابل العلاقة التعبيرية:

إن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في الحديث التعبيري وقد يكون حديثهم عشوائي.

(محمد على كامل، ١٩٩٧، ص٤٤)

كما أن العلاقة التى يكونها الطفل التوحدى بالآخرين تكون علاقة (وسيلية) أكثر منها (تعبيرية) فمثلاً الأطفال العاديين يظهرون قدراً كبيراً من

التعبير الاجتماعى بمعنى أنهم دائماً يفعلون أشياء لإثارة رد فعل عاطفى من شخص ما أو ليروا كيف يشعر هذا الشخص تجاه ما فعله فمثلاً يحضر الطفل لعبته ليلعب بها من والده فعندئذ يلاحظ الطفل رد فعل الأب لما فعله هل هو مسرور أو غاضب؟ ولكن الطفل التوحدى لا يفعل ذلك وأن العلاقة التى يكونها مع الآخرين تكون (وسيلية) بمعنى أنه يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريده فمثلاً إذا أراد شيء ما يأخذ يد الأب ويضعها تجاه هذا الشيء، أي أن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التى تحقق للطفل ما يريده عندما يشاء، وهذه العلاقة (الوسيلية) غالباً ما تعطى لآباء التوحديين أن أطفالهم مهتمين أكثر بالحصول على ما يريده أكثر من اهتمامهم بمن يلبى لهم هذا المطلب الذى يريده، أى أن معظم الآباء يشعرون بأن أبنائهم التوحديون يظهرون الأسلوب الوسيلى في العلاقات بالآخرين.

(Siegel, B, 1996, P. 27:28)

(٦) مشكلة التسمية (اللغة الرمزية):

تغيب اللغة الرمزية كلياً أو تكون شاذة بدرجة عالية ويظهر ذلك في عدم مقدرة هؤلاء الأطفال على تسمية الأشياء أو اللعب بطريقة رمزية.

(٧) مشكلة التقليد:

إن التقليد من أهم المهارات اللازمة للاتصال، فالطفل التوحدى لا يستطيع تقليد الأطفال أو الأصوات التى حوله، والتقليد يعتبر العملية الهامة التى لا بد من وجودها لتأسيس نظام اتصالى غير شفهى سليم. وكما أن التقليد الحركى يعد من المراحل الأولى فى الاتصال، أى لا بد من وجود مهارة التقليد ليبدأ الوليد بالمحيطين به سواء أمه أو أخواته.

(٨) النقص فى القدرة على تبادل الحديث:

هؤلاء الأطفال ينقصهم القدرة على تبادل الحديث بمعنى الفشل في الربط أو التنسيق بين الحديث الصادر عن الآخرين وعن أنفسهم وأيضاً هؤلاء التوحديون يكونون غير قادرين على الدخول في حديث مرتب، أى لا يعرفون متى يبدعوا فى الحديث ومتى يتوقفون عن التحدث من أجل الاستماع للطرف

الآخر، وغالباً ما يؤدى أسلوبهم فى الحوار إلى نقص اهتمام الطرف الآخر الموجود معهم وبالتالى يؤثر على اتصالهم بمن حولهم.

(محمد على كامل، ١٩٩٧، ص٤٤:٤٥)

(٩) غياب الدلالة الاجتماعية:

الدلالة الاجتماعية هى شكل مبكر من السلوك الاجتماعى والذى يظهر في سن ٦:٩ أشهر، فمثلاً حينما يبدأ الطفل في النمو يلاحظ ظهور الدلالة الاجتماعية في سلوكه، فعندما يرى الطفل لعبة ممتعة فيتجه الطفل إليها ويمسكها بتركيز شديد ثم يبدأ يبحث عن من يشاركه في اللعب بها، فإذا رأى والديه فيبتسم لهم ويكون في انتظار رد فعلهم فهل يشتركون معه في اللعب أو يمدحونه على أنه أخذ اللعبة ويبدأ يلعب بها. أما الطفل التوحدى فيكون تصرفه مخالفاً، حيث يتجه إلى اللعبة ويتلمسها ويتذوقها ولكن لا يبحث عن أحد يشاركه فيها وأيضاً لا تظهر عليه أى تعبيرات على وجهه تدل على الفرحة أو السرور لرؤية اللعبة.

(Edelson, 1997, P. 1:2)

كما أكد Dawson أن غياب الدلالة الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين تكون مرتبطة بشدة بعجز في الانتباه إلى المنبهات الاجتماعية والغير اجتماعية فبالتالى يظهر عند الأطفال عجز في التعامل الاجتماعى.

(Dawson and Lewy, 1989, P. 49)

وسنتخلص مما سبق ما يلى:

أن الأطفال التوحديين يعانون من سلوك عجز التواصل مع الآخرين ويمكن تلخيص مظاهر ذلك السلوك فى الآتى:

١- نقص واضح فى الوعى بوجود الآخرين.
٢- يتجنب الاتصال بالعين.
٣- لا يظهر الرغبة في البدء بالاتصال أو العناق أو بالحديث.
٤- لا تعنى له مشاعر الحزن والسعادة أى شيء، فلا يقدم ابتسامة اجتماعية للآخرين إلا بعد فترة من التدريب.
٥- يستخدم الآخرين كوسائل أو أدوات لتنفيذ ما يريدون.
٦- يعانون من عدم فهم القواعد السلوكية في التعامل مع الآخرين.
٧- يعانون من عدم فهم لمشاعر وأحاسيس الآخرين.

٨- يفضل هؤلاء الأطفال التعامل مع الأشياء بدلاً من التعامل مع الأفراد.
٩- يعانون هؤلاء الأطفال من مشاكل في التقليد واللغة الرمزية.

تنمية القدرة على التواصل:

- لا شك أن المدرس يدرك إعطاء تنمية القدرة على التواصل بشـقيه اللفظـى وغير اللفظى أولوية أولى في تعامله مع الطفل التوحدى، فالتواصل هو أساس عملية التعلم والتفاعل والتطبيق الاجتماعى.
- وفيما يلى بعض التوجهات التى تستهدف تنمية تلك المهارات الأساسية:

أ-استغلال اللعب المنظم كوسيلة طبيعية للتدريب على التواصل الاجتمـاعى مع أقران اللعب المشاركين في ألعاب زوجية مع مراعاة اختيار نوع أنشطة اللعب المحببة للطفل التوحدى والتى عادة ما يقبل عليها ويهـتم بمشـاهدتها وبالتالى يفضل المشاركة فيها مع أقرانه.

ب-استعمال جمل قصيرة من كلمات مألوفة لدى الطفل وذلـك عنـد شـرح موضوع ما أو إعطائه تعليمات محددة.

جـ-تدريب الطفل على حسن الإنصات والاستماع حتى تساعده على اكتساب خبرة الانتظار مع الإنصات والانتباه.

د-تنمية قدرات الطفل الاجتماعية من خلال تخطيط بعض الأنشطة والمواقف والقصص الاجتماعية والتمثيليات البسيطة.

(عثمان لبيب فرج، ٢٠٠٢، ص٥:٦)

وعلى ذلك نستخلص أنه يمكن التغلب على سلوك عجز التواصـل لـدى الطفل التوحدى من خلال بعض الأنشطة وخاصة الألعاب المحببـة لديـه ممـا يساعده على التعامل والتفاعل الاجتماعى والمبادئة ومتابعة الحديث والإنصـات والمشاركة في سلوكيات اجتماعية مرغوبة تخرج الطفل من عزلته وانغلاقه على ذاته وتخلصه من السلوكيات النمطية والطقوس غير الهادفة التى عادة ما ينـدمج فيها الطفل دون فائدة تعود عليه.

رابعاً: السلوك العدواني:

- العدوان هو كل سلوك ينتج عنه إيذاء شخص آخر أو إتلاف لشيء، أو هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو للسيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين.
- ويعتبر السلوك العدوانى واحداً من الخصائص التى يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً وقد يظهر السلوك العدوانى في أشكال مختلفة من الإساءة اللفظية والجسدية للآخرين، وعدم إطاعة القواعد والتعليمات التى توجه إليه.

(جمال القاسم وآخرون، ٢٠٠٠، ص١١٦)

- ويشكل السلوك العدوانى لدى الأطفال التوحديين مشكلة كبرى ويجب ملاحظة الظروف التى غالباً ما يظهر خلالها ذلك السلوك، مع محاولة فهم الأسباب لكى يصبح بالإمكان تجنب ظهور حالة التوازن والهياج. وقد يكون السبب بسيطاً جداً بل تافهاً كضجيج مفاجئ من صوت معين، أو وضع قطعة الخيط المفضلة لدى الطفل في غير محلها المعتاد. وإذا ما تضمن الموقف العدوانى طفلاً آخر، فيجب معالجة ذلك بفصلهما بالسرعة الممكنة مع أقل قدر من الضجيج والجلبة.

ويعتبر السلوك العدوانى سبباً رئيسياً للوالدين اللذين يسعيان لإيجاد حل لمشكلة ابنهما وخاصة عدوانه الموجه إلى أخوته وأخواته الأصغر سناً.

(لورناوينج، ١٩٩٤، ص١٦٦:١٦٧)

- ويعرف "حسين فايد" السلوك العدوانى بأنه: "أى سلوك يصدره الفرد بهدف إلحاق الأذى أو الضرر بفرد آخر أو مجموعة من الأفراد يحاول أن يتجنب هذا الإيذاء سواء كان بدنياً ولفظياً، سواء تم بصورة مباشرة أو غير مباشرة أو أفصح عن نفسه في صورة الغضب أو العداوة التى توجه إلى المعتدى عليه".

(حسين فايد، ١٩٩٦، ص١٤٣:١٤٤)

- ونستخلص مما سبق أن السلوك العدوانى يتضمن بعض المؤشرات منها ما يلى:
  ١- أن العدوان سلوك ظاهرى يمكن ملاحظته وتحديده وقياسه.
  ٢- كما تتوفر فى هذا السلوك الاستمرارية والتكرار.
  ٣- ويهدف هذا السلوك إلى إيذاء طرف آخر، أو الإضرار به أو بممتلكاته.
  ٤- وينتج هذا السلوك في الأغلب تعبيراً عن الخيبة والإحباط.
  ٥- وقد يأخذ السلوك العدوانى صوراً متعددة سواء كانت بدنية أو لفظية أو نفسية، مباشرة أو غير مباشرة.

أشكال العدوان:

توجد تصنيفات كثيرة لأشكال السلوك العدوانى ومن أهمها ما يلى:

(١) العدوان البدنى:

ويتمثل في الاعتداء على الآخر بدنياً سواء بالضرب أو الصفع أو الخنق أو القتل.

(٢) العدوان اللفظى:

كالسباب والشتائم والمنابذة بالألقاب والسخرية والشجار اللفظى.

(٣) تدمير الممتلكات:

وتحطيمها وتهشيمها بهدف إلحاق الضرر المادى بالآخرين.

(٤) عدوان مادى اجتماعى:

كأن يقاتل الفرد أو يقتل من أجل الدفاع عن شيء محبوب.

(٥) عدوان مادى غير اجتماعى:

كاحتجاز إنسان أو إيذائه جسمياً، أو قتله بطريقة غير مشروعة.

(٦) عدوان الغضب:

وهو العدوان الذى يثيره الإحباط أو الهجوم من جانب شخص ما، فرد الفعل الشائع للغضب عادة ما يتلوه العدوان على الآخر.

(٧) العدوان العدائى:

وهو الذى يهدف إلى جرح أو إيذاء الشخص المتلقى للسلوك.

(٨) العدوان الفردى:

وهو عدوان يوجهه فرد ضد فرد آخر بعينه صغيراً كان أو كبيراً.

(٩) العدوان الجمعى:

وهو عدوان يوجهه فرد ضد جماعة، أو توجهه جماعة ضد فرد من الغرباء أو الدخلاء المستجدين أو عدوان يوجه ضد السلطة (الوالدية، أو السلطة العامة فى المجتمع) أو يكون عدوان ضد المستضعفين.

(١٠) العدوان المباشر:

وهو العدوان الذى يوجه من فرد ما إلى فرد آخر يكون مصدر إحباط له وعادة ما يكون عدوان بدنى أو لفظى أو كلاهما معاً.

(١١) العدوان غير المباشر:

وهو العدوان الموجه إلى شخص بديل بدلاً من الشخص الأصلى مصدر الإحباط

(١٢) العدوان الإيجابى:

وهو العدوان الصريح سواء كان لفظى أو بدنى أو مباشر أو غير مباشر.

(١٣) العدوان السلبى:

وهو التعبير عن العدوان بطريقة ضمنية كرفض الحديث مع شخص ما أو رفض الموافقة على شيء ما أو عن طريق الاعتصام والاحتجاج السلبى.

(١٤) العدوان الإجرائى:

ويقصد به تحقيق أهداف معينة وليس بالضرورة إيذاء الشخص الواقع عليه العدوان.

(١٥) العدوان الوسيطى:

وهو العدوان الذى لا يصاحبه غضب، ويمليه التنافس على مركز أو سلطة أو أى شيء آخر يقف موضوعاً للتنافس.

(١٦) **العدوان الوسيلى:**

وفيه يسلك الفرد بطريقة عدوانية وسيلية لتحقيق هدف معين.

(١٧) **العدوان الرمزى:**

وهو العدوان الذى يمارس فيه الفرد سلوكاً يرمز إلى احتقار الآخـــر أو إهانته.

(١٨) **العدوان الإشارى:**

ويستخدم فيه الفرد الإشارات فى عدوانه على آخر مثل: إخراج اللسان أو حركة قبضة اليد على اليد الأخرى المنبسطة أو حركات إشارات التهديد.

(١٩) **العدوان العشوائى:**

وهو السلوك الذى يكون موجهاً نحو أهداف معينة واضحة وتكــون لـــه دوافعه وأسبابه البيئية ويخدم غرضاً أو يؤدى إلى نجاحـــات ماديـــة أو معنويـــة ويكون العدوان أهوج وطائشاً وربما يضرب الطفل كل من يمر عليه من الأطفال بلا سبب.

(حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٤٥٢:٤٥٣)

علاج العدوانية عند الأطفال يقوم على اللعب، وله عند أصحاب العـــلاج غير المباشر وظيفتان، فأولاً من خلاله يفصح الطفل عن مشاعره وما يزعجـــه، وهو مناسب للتنفيس عن انفعالاته ومنها الغضب والكراهية، ويفيده كثيراً أن يتم ذلك فى جو من الرعاية. ويرى التحليليون أن التنفيس مفيد إلا أنهم يؤكدون على الناحية التواصلية فى اللعب.

(عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٩، ص١٠١:١٠٢)

خلاصة وتعقيب:

ويتضح مما سبق أياً كان شكل العدوان الموجه إلى الآخرين فإنه يمكـــن الحد منه وتوجيه هذه الطاقة السلبية إلى طاقة بناءة وذلك من خلال اللعب والذى يتناسب مع قدرات وإمكانيات الطفل التوحدى مما يساعد علـــى التنفـــيس عـــن مشاعره المكبوتة تجاه اللعبة التى هى في متناول يده ودون خوف من عقـــاب أو تهديد بل فى جو آمن ومستقر.

ثالثاً: العلاج باللعب Play Therapy:

من المعروف أن عهد العلاج باللعب قد بدأ كطريقة لعلاج الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال مع استخدام "فرويد" اللعب لأول مرة فى علاج طفل صغير كان يعانى من بعض المخاوف ولم يعالج فرويد مباشرة "الصغير هانز" Little Hans ولكنه قام بعلاجه عن طريق والده الذى كان يسجل سلوك الطفل التلقائى بقدر ما يستطيع بما فى ذلك كلامه وأحلامه وكذلك لعبه. وقدم هذه التسجيلات لفرويد لكى يفسرها ويقوم بتوجيهه.

(سوزانا ميلر، ١٩٨٧، ص٢٦٩)

وتشير اكسلين Axline (١٩٦٩) إلى المغزى الذى يستند إليه استخدام اللعب فى العلاج قائلة أن اللعب يستند على حقيقة هامة هى أن اللعب عند الطفل هو الوسيط الطبيعى الذى يعبر به الطفل عن ذاته، فاللعب يتيح الفرصة للطفل أن يخرج من خلاله مشاعره ومشاكله بنفس الطريقة التى تستطيع بها بعض أنواع علاج الراشدين أن يخرجوا بالكلام مشاعرهم ومشاكلهم.

(Axline, 1969, P. 9)

وهو ما يؤكده Charles and Linda حينما أشاروا إلى أن استخدام اللعب فى إرشاد الأطفال ضرورة يفرضها النمو المعرفى المحدود للطفل فى التعبير اللفظى عن المشاعر والأفكار، كما أن اللعب هو الوسيط الطبيعى للتعبير والاتصال لديهم.

(Chales and Linda, 1988, P. 157)

وقد استخدمت "هرمين هيج هلموت" Hermine, Huge, Hellmath وهى من أتباع فرويد اللعب فى علاج الأطفال المضطربين انفعالياً بفرض ملاحظتهم وفهمهم ويتمثل علاجها الحقيقى فى محاولة التأثير فى سلوكهم تأثيراً مباشراً بنفس القدر الذى يستطيعه أحد الوالدين أو المدرس.

وقد كانت ميلانى كلاين Klein أول من بدأ التحليل النفسى للأطفال عام ١٩١٩ وافترضت أن ما يفعله الطفل فى اللعب الحر يرمز إلى الرغبات والمخاوف والمسرات والصراعات والهموم التى يكون على وعى بها، ويقيم المعالج علاقة خاصة مع الطفل فيمثل دور الشخص العادى الذى يسند إليه الطفل عدد من الأدوار التى كانت علاقاته الحقيقية بغيره من الناس، أو مشاعرهم

نحوهم قد جعلتها مركزاً لمتاعبه. وتصبح مهمة المعالج هى جعل الطفل يشعر بذلك عن طريق تفسير لعبه له.

(سوزانا ميلر، ١٩٨٧، ص٢٧٠)

وقد أكدت أنا فرويد على القيمة التشخيصية والعلاجية للعب، إذ تظهر القيمة التشخيصية للعب فى الطفل التعبير بطريقة واقعية ملموسة عن مشكلاته والصراعات التى يعانى منها فى أثناء لعبه بالدمى واللعب، وعندما يسقط عليها انفعالاته التى يشعر بها تجاه الكبار والتى لا يستطيع إظهارها خوفاً من العقاب أو توقعه، أما الناحية العلاجية فتظهر حين يحاول الطفل عن طريق اللعب، أن يجد حلولاً لهذه الصراعات والمشكلات، وحين ينفس عن انفعالاته المكبوتة.

(عبد الرحمن سليمان، ١٩٨٨، ص٢٧٩)

ثم تلى ذلك العديد من العلماء والباحثين الذين تركز اهتمامهم علىاستخدام اللعب كطريقة للعلاج، كما تنوعت الأساليب والإجراءاتالتى استخدموها، وأصبحت أساليب اللعب المستخدمة فى علاج الأطفال المضطربين سلوكياً تمتاز بالتنوع والخصوبة بقدر ما هناك من تنوع فى الاتجاهات النظرية التى يتبناها المعالجون.

(صبحى عبد الفتاح، ١٩٩٢، ص٣٩)

مفهوم العلاج باللعب:

يعرف اللعب لغوياً على أنه:

(لعبَ): لِعباً، ولعْبًا: لَهَا.

(لاعَبهُ): ملاعبة، ولعاباً: لعب معه.

(ألعب): الصبى: جعله يلعب. وجاء بما يلعب به.

(اللعْبه): كل ما يُلعب به مثل الشطرنج، النرد والدمية ونحوها.

(الملعَبُ): موضوع اللِعب (ج) ملاعب.

(المعجم الوجيز، ١٩٩٢، ص٥٥٨)

ويعرف هـ. دان كوربن (١٩٦٤) العلاج باللعب بأنه:

"يوفر للطفل وسيلة طبيعية للتعبير عن النفس حتى يمكنه التنفيس عن احساساته المتزايدة بالتوتر العصبى والفشل وعدم الاستقرار والاعتداء والخوف والحيرة والارتباك ومن ثم يستطيع أن يظهرها لكن يواجهها جميعاً أو يتحكم فيها

أو يسقطها وعن طريق هذا الانطلاق العاطفى يقوى فهمه لنفسه ويحقق ثقة متجددة فى التفكير والعمل".

(هـ.دان كوربن، ١٩٦٤، ص٤٦٩)

كما تعرف أكسلاين العلاج باللعب (١٩٧٠) على أنه:
"يستند على حقيقة هامة هى أن اللعب عند الطفل هو الوسيط الطبيعى الذى يعبر به الطفل عن ذاته فنحن نزود الطفل بالفرصة لكن يخرج باللعب "Play Out" مشاعره ومشاكله بنفس الطريقة التى تعمل بها بعض أنواع علاج الراشدين إلى أن تخرج بالكلام "Talks Out" مشاعرهم ومشاكلهم".

(جون كونجر وآخرون، ١٩٨٧، ص٤٢٢:٤٢٣)

ويعرف عادل الأشول (١٩٨٧) العلاج باللعب على أنه:
"طريقة من طرق العلاج النفسى، حيث يلاحظ استخدام الطفل لأدوات اللعب وتخيلاته أثناء اللعب، ويعمل على تفسيرها المعالج النفسى، وجدير بالذكر فإن هذه الطريقة ذات فائدة سواء مع الأطفال العاديين أو غير العاديين حيث تساعد على الكشف والتنفيس عن رغباتهم وميولهم".

(عادل الأشول، ١٩٨٧، ص٧٤٠)

وترى إجلال سرى (١٩٩٠) أن ماهية العلاج باللعب هو:
"أحد الأساليب الهامة فى تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم، ويستخدم اللعب كطريقة علاجية فى حد ذاته، ويستخدم أيضاً ضمن طرق علاجية أخرى. والعلاج باللعب طريقة هامة فى علاج الأطفال المضطربين نفسياً، حيث يستغل اللعب للتنفيس الانفعالى، وتنفيس الطاقة الزائدة، والتعبير عن الصراعات، وتعلم السلوك المرغوب".

(إجلال محمد سرى، ١٩٩٠، ص١٤٩)

ويعرف حامد زهران (١٩٩٧) العلاج باللعب بأنه:
"من الطرق الهامة فى علاج الأطفال المضطربين نفسياً. واللعب هو أى سلوك يقوم به الفرد دون غاية عملية مسبقة وهو يعد أحد الأساليب الهامة التى يعبر بها الطفل عن نفسه، ويفهم بها العالم من حوله".

(حامد عبد السلام زهران، ١٩٩٧، ص٣١٧)

ويعرفان ماريا وجنيفيف لاندو (١٩٩٧) العلاج باللعب بأنه:

"أسلوب علاجى يستخدم فى الغالب مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات انفعالية، حيث تتاح لهم فرص التعبير عن الخوف، أو الكراهية، أو العدوان، أو القلق، أو غيرها من الانفعالات من خلال أنشطة تستخدم فيها الدمى واللعب والمباريات".

(ماريا بيرس وجنيفيف لاندو، ١٩٩٧، ص٦٩)

وتعرف كاميليا عبد الفتاح (١٩٩٨) العلاج باللعب:

"بأن كلمة اللعب فى العلاج لا تشير ضمناً إلى المعنى المألوف من النشاط ولكنها تعنى حرية التصرف، حرية التفاعل، حرية التعبير، حرية الكذب والشك، وحرية الاحترام".

(كاميليا عبد الفتاح، ١٩٩٨، ص١٢)

ويرى محمد عبد الحميد (١٩٩٩) أن العلاج باللعب هو:

"لعب مخطط وفيه يحدد المرشد مسرح اللعب ويختار اللعب والأدوات بما يتناسب مع عمر الطفل وخبرته بحيث تكون مألوفة له تستثير نشاطاً واقعياً، أو اقتراب إلى الواقع ويصمم اللعب بما يتناسب ومشكلة الطفل، ثم يترك الطفل يلعب فى جو يسوده العطف والتقبل، وغالباً ما يترك المرشد فى اللعب فقرة جديدة".

(محمد إبراهيم عبد الحميد، ١٩٩٩، ص٦١)

ويرى عبد المنعم الحفنى (١٩٩٩) أن العلاج باللعب:

"يعكس انفعالات الطفل، وفيه يجد المتنفس لمشاعره ودوافعه، ومن خلاله يستطيع أن يمارس التجريب وأن يختبر الأشياء وينشئ العلاقات الجديدة باستمرار، ثم إن اللعب من الطرق الأدائية للتعبير، فيسهل من خلاله تشخيص أحوال الأطفال الذين يشكون اضطرابات نفسية معينة من غير الحاجة إلى سؤال الطفل، أو أن تكون له القدرة على التعبير عن نفسه بالكلام"

(عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٩، ص٢١١)

ونستخلص مما سبق ما يلى:

١- إن اللعب وسيلة طبيعية للتعبير عن النفس.
٢- إن اللعب من الوسائل الهامة للتنفيس عن المشاعر.
٣- يعتبر العلاج باللعب من الوسائل الهامة فى تشخيص وعلاج الأطفال المضربين سلوكياً.
٤- العلاج باللعب يفيد فى علاج الأطفال العاديين وغير العاديين.
٥- العلاج باللعب مع الأطفال الصغار هو العلاج بالكلام مع الراشدين فى إخراج مشاعرهم ومشاكلهم للنور.
٦- العلاج باللعب يستخدم فى التخلص من الطاقة الزائدة وتعلم السلوك المرغوب.
٧- العلاج باللعب يتيح حرية الكذب والشك وحرية التعبير وحرية التفاعل وحرية الاحترام.
٨- للمعالج دور هام فى توجيه الطفل أثناء اللعب.
٩- يجب أن يتسم العلاج باللعب بجو يسوده العطف والتقبل.

نظريات اللعب The Theory of Play

لقد لفت موضوع اللعب أنظار الباحثين فى مختلف العصور، فتأملوا لعب الحيوان ولعب الإنسان، وحاولوا أن يصلوا إلى ما قد يكون للعب من فوائد، وأن يفسروا الأغراض التى يمكن أن يؤدى إليها، ووضعوا نظريات عدة للعب ومن أبرزها ما يلى:

(١) نظرية النمو الجسمى Body Growth:

يرجع الفضل فى إظهار نظرية النمو الجسمى "كار Carr" ومؤداها أن اللعب هو الذى يساعد على نمو أعضاء الجسم وخاصة الجهاز العصبى، بما يحويه من مراكز النمو الحسى للإنسان.

(٢) نظرية الطاقة الزائدة Surplus Energy:

ويرجع الفضل فى إظهار تلك النظرية إلى العالم إلى العالم الألمانى شيلر "Schiller" والعالم الإنجليزي سبنسر "Spencer" ومؤداها أن اللعب هو تصريف طاقة زائدة عن الكائن الحى لا تستنفذها أغراض الحياة والعمل. كذلك تتضمن

فلسفة تلك النظرية أن الأطفال يلعبون للتنفيس عن مخزون الطاقة المكبوتة منذ وقت طويل.

(منال البشيتى، صلاح عبد العاطى، ٢٠٠٠، ص١٨)

(٣) نظرية الاستجمام Recreation Theory:

يرجع الفضل فى إظهار تلك النظرية إلى العالم الألمانى لازاوس "Lazarus" حينما نشر بحث له عن الألعاب عام (١٨٨٣) وخرج منه بنظريته الاستجمام أو تجديد النشاط والراحة، حيث يؤكد على أهمية الاسترخاء العام لقوى الفرد المجهدة من أعصاب متوترة وعضلات متشنجة.

(تشارلز.أ. بيوكر، ١٩٦٤، ص٤٤٧)

(٤) النظرية التلخيصية Summarization Theory:

يرجع الفضل فى إظهار تلك النظرية إلى العالم الأمريكي ستانلى هول "Stanly Hall" وتقوم فلسفة هذه النظرية على افتراضية، وهى أن اللعب ما هو إلا تلخيص للماضى وأن الإنسان منذ ميلاده، وحتى اكتمال نضجه يميل إلى المرور بنفس الأدوار التطويرية التى مرت بها الحضارة البشرية منذ ظهور الإنسان على وجه الأرض حتى الآن.

(أحمد بلقيس، توفيق دى، ١٩٨٧، ص٢٧)

ومن ثم فإن الطفل يستعيد تاريخ جنسه، ويقوم بنفس الأنشطةالتى قام بها الإنسان الأول من خلال اللعب.

(Hardy et al., 1990, P. 121)

(٥) نظرية الإعداد للحياة Preparatory for Life Theory:

ويرجع الفضل فى إظهار هذه النظرية إلى العالم "كارل جروس" Garl Gross" وقد استمدها من نظرية "دارون Darwin" التى تقرر بأن البقاء للأصلح فى مفهوم اللعب، وتقوم فلسفة النظرية على أن اللعب لون من ألوان النشاط الغريزي الذى يلجأ إليه الإنسان والحيوان ليتدرب على مهارات الحياة ومهارات البقاء الأساسية. فاللعب عند جروس هو أسلوب الطبيعة للتمرين على العمل الجدى الذى يتطلبه مستقبل المخلوقات، أى أن اللعب هو أسلوب الطبيعة للتعليم والتعلم.

(إيمان حسنى، ٢٠٠٢، ص٣٨)

(٦) نظرية التوازن:

أول من قرر هذه النظرية العلاقـة كـونراد لانـج "Konrad Long" وتتلخص فى أن لكل منا حياته الجدية أعمالاً خاصة لا تغذى إلا طائفة يسيرة من غرائزه وميوله ولذلك يزود الإنسان بالميل إلى هذه الحركات غير الجدية التـى نسميها اللعب ليتاح له بفضلها تغذية ما لا تتسع حياته الجدية لتغذيته من غرائـز وميول، وبذلك يستقر التوازن بين قواه النفسية، فالطالب مثلاً حينما يقضى أوقات فراغه فى اللعب فإنه يغذى بهذه الألعاب ما لديه من ميـول لا تغـذيها أعمالـه الجدية، ولو تركها معطلة لاختل التوازن بين قواه النفسية، فتتعرض حياته العامة للكثير من صنوف الكبت والاضطراب.

(هدى محمد قناوى، ١٩٩٥، ص١٧)

(٧) نظرية التهدئة:

كذلك أوضح كارت "Cart" أن للعب وظيفة أخرى تتعلق بتهدئة الحالـة السيكولوجية للفرد وذلك من خلال إشباع ميوله التى يتسبب عن عـدم إشـباعها حالة من التوتر والإحباط. فقد أوضح أن اللعب يعد عاملاً من العوامل المشـبعة لميول غير ميسور إشباعها بطرق جدية، وذلك لأن المجتمع ونظمه لا تقر إشباع هذه الميول بصورة جدية وبذلك يستطيع الفرد أن يشبع ميوله بهذه الكيفية بدلاً من كبتها مما يترتب عليه آثار نفسية سيئة.

(٨) نظرية التحليل النفسى فى اللعب **Psychoanalytic Theory**:

أ-نشأ التحليل النفسى على يد سيجموند فرويد Sigmund Freud فـى نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين بوصفه طريقة لمعالجة الأمراض النفسية والعقلية فى الفترة من (١٨٥٦:١٩٣٤).

وتقوم فلسفة هذه النظرية فى اللعب باعتباره تعبيراً عن اللاشعور، فالطفل يلعب لكى يعبر عن ميوله ورغباته المكبوتة التى عجز عن تحقيقها فى الواقـع، فاللعب التمثيلى أو الإيهامى يتخذ فيه الطفل دور البطل الذى يتغلب على مشاكله أو ينفس عنها.

(حسين محمد السيد، ١٩٩١، ص٤٢)

وأكد فرويد أن اللعب هو محاولة عن طريق التكرار للتكيف مع مواقف مثيرة للقلق بدرجة كبيرة، فاللعب يساعد الطفل على خفض مستوى التوتر والقلق، واللعبة هى تعبير صريح عما يشعر به الطفل.

(فاروق عثمان، ٢٠٠١، ص١٥١)

لقد أدت تفسيرات فرويد للتخيل واللعب باعتبارهما يكشفان الشيء الكثير عن الحياة الداخلية للطفل، وأهمية اللعب فى التشخيص والعلاج الإكلينيكي.

(صباح مصطفى، ١٩٩٩، ص٦٤)

وتستند النظرية فى تفسيرها للعب على مبدأين أساسين وهما:

(١) مبدأ اللذة:

وينبع هذا المبدأ من أن اللعب وسيلة لتحقيق بعض الرغبات الخاصة لدى الطفل والتى لا يستطيع أن يحققها فى الواقع مما يجعله يقوم بها أثناء لعبه.

(٢) مبدأ التكرار والتوقيت:

وهى تعنى أنه إذا مر إنسان ما بخبرة مؤلمة فإن هذه الخبرة تؤثر فى التكوين النفسى للفرد وتجعله يبذل مجهوداً لتناولها من جديد ويحاول التغلب عليها كما أنه فى تكرار الخبرة المؤلمة ما يخفف من أثرها النفسى على الطفل مثال الطفل الذى يعاقبه المعلم لعدم أدائه لواجبه فعند عودة الطفل للمنزل وإمساكه بالحصان أو الدمية التى يملكها فإنه يقوم بضربها ويؤنبها لأنها لم تقم بعمل الواجب.

(أحمد عبد الغنى، ١٩٩١، ص١٥)

ب-مدرسة ميلانى كلاين (١٨٨٢-١٩٦٠):

كان من أهم إسهامات كلاين ابتداعها لمنهج جديد فى علاج الأطفال باستخدام اللعب، وقد افترضت كلاين أن لعب الأطفال يعد بمثابة البديل لتكنيك التداعى الحر Free Association القاعدة الأساسية فى تحليل الكبار. ولقد أدى ذلك إلى اتضاح أهمية "الرمزية" التى تسمح للطفل أن يسقط على الأشياء الموجودة فى بيئته بتخيلاته وأوجه حصره المختلفة ومشاعر الذنب هذا الذى يفسر لنا لماذا يستشعر الطفل بالراحة والهدوء عندما يقوم باللعب.

(نيفين مصطفى زيور، ١٩٩٨، ص١)

جـ-ورأت أنا فرويد Freud, A أن اللعب بمثابة أداة تشخيصية فى سياق من التطور النمائى، حيث قدمت اللعب باعتباره ملازماً للمسارات النمائية Developmental lines.

(خالد عبد الرازق، ٢٠٠٢، ص٤٤)

د-ويقرر أريكسون أن الأشخاص الذين أبدوا حياة فعالة فى رشدهم هم الذين احتفظوا من طفولتهم بإحساس قوى بالاندماج فى اللعب.

(هنرى ماير، ١٩٨١، ص٥٦)

ومن ثم يستنتج الباحث أن أى حرمان للطفل من أنشطة اللعب فى أى من مراحل النمو، إنما تكون له آثار سلبية على الصحة النفسية فى المراحل التالية.

(عادل محمدى هريدى، ١٩٩٧، ص٩٣)

(٩) اللعب فى نظريات التعلم:

ترجع بدايات تيار التعلم إلى العقد الأول من القرن العشرين، وخاصة عندما حصل العالم الروسى بافلوف (Pavalov) على جائزة نوبل (١٩٠٤)، نظير ما قدمه من أبحاث حول دور المثير والاستجابة فى عملية التعلم.

وتفسر لنا بعض النتائج التى أقرتها تجارب تعلم الأنماط المختلفة من اللعب، حيث يعتقد سلوسبرج "Slowsperg" أن اللعب مفهوم غامض تماماً، وأنه يضم ألواناً عديدة من السلوك التى ينبغى أن يدرس كلاً منها منفرداً، وقد يحاول الطفل تسلق شجرة أو يحاول الاحتفاظ بتوازن كرة فوق رأسه، لأنه تلقى الثناء على نشاطات مشابهة فى الماضى.

أما كلارك هل "Clarck Hull" فيرى أن الثناء وإعطاء النقود هى دوافع ثانوية، اكتسبت تأثيرها من التعاليم السابقة المبنية على خفض بعض الدوافع الأولية، ويتعلم الطفل محاكاة والديه والأطفال الأكبر منه، لأن مطابقة سلوكه بسلوك من هو أكبر منه وأقوى يؤدى إلى نتائج مرغوب فيها.

وعلى أساس هذه النظرية يفسر سلوك مثل اللعب، الذى يتم الاشتراك فيه دون وجود مكافأة ظاهرة على أساس أنه سلوك تم تدعيمه بواسطة المؤشرات الثانوية السابق تعلمها، والتى ترمز إلى المكافأة.

(سوزانا ميلر، ١٩٨٧، ص٣٩)

(١٠) نظرية بياجيه للنمو المعرفى:

يؤكد جان بياجيه عام ١٩٥١ على دور اللعب فى تمثيل الطفل للخبرة ودخولها فى خططه العقلية العامة عن العالم المحيط به، وهى الخبرة التى يتهيأ بها الطفل للتوافق مع هذا العالم.

(أحمد عبد الغنى، ١٩٩١، ص١٧)

تعقيب عام على النظريات التى فسرت اللعب:

بالنظر إلى النظريات التى تناولت تفسير اللعب فإننا نرى تبايناً واضحاً بين كل نظرية وأخرى، مما يعنى أن اللعب لا يمكن تفسيره بالاستناد إلى نظرية معينة دون غيرها فالواقع أن كل نظرية من تلك النظريات تحاول تأكيد وجه مختلف من وجوه اللعب.

(١) فنظرية الطاقة الزائدة هى محاولة للتفسير الفسيولوجى وتنظر إلى اللعب على أنه نتيجة وجود طاقة زائدة عند الطفل، ويؤخذ عليها أنه يمكن توجيه الطاقة الموجودة لدى الفرد إلىمجالات إبداعية وأنشطة هادفة إلى جانب أن اللعب يمكن أن يكون باعثاً لنشاط الأطفال، فالطفل لا حاجة به إلى النشاط الفائق فى اللعب، فقد يصرخ طالباً للعب فى حين أن كل الدلائل تشير إلى أنه بحاجة إلى النوم والراحة.

(٢) أما النظرية التلخيصية أرجعت اللعب إلى الوراثة فقط وتعتبر هذه النظرية محاولة لتفسير كيف يختلف اللعب باختلاف السن، ولماذا يبدو أن بعض أشكاله تتشابه بالرغم من اختلاف المكان والزمان. ويؤخذ على هذه النظرية أن معظم علماء الوراثة يرفضون هذه النظرية لأن الصفات المكتسبة لديهم لا تورث.

(٣) وتحاول نظرية الإعداد للعمل والحياة تفسير اللعب بأنه ممارسة للمهارات الأساسية وأن الميول الفطرية هى مصدره.

(٤) بينما تحدد نظرية التهدئة ونظرية التوازن وظائف سيكولوجية اللعب، إلا أن هاتين النظريتين لا تكادان تصدقان إلا على من جاوز مرحلة الطفولة.

(٥) ونظرية فرويد التى ربطت بين اللعب ونشاط الطفل الخيالى، والتى أدخلت اللعب الإيهامى فى مجال العلاج النفسى، كما أكد فرويد أن اللعب يساعد الطفل على خفض مستوى التوتر والقلق.

(٦) أما نظرية بياجيه فقامت على عمليتي التمثيل والملائمة، والتى أشارت إلى التوازن بين هاتين العمليتين، والذى يؤدى إلى حالة من توافق الكائن الحى.

وعلى الرغم من هذا الاختلاف فى تفسير اللعب، إلا أن أغلب هذه النظريات يكمل بعضها البعض، كما أنها توضح مكانة اللعب وأهميته بالنسبة للأطفال كنشاط مسيطر عليهم وأن ألعاب الأطفال تجمع بين كل هذه النظريات لأنها متنوعة ومتعددة الجوانب والأشكال.

العلاج باللعب Play Therapy:

بداية يمكن القول أن العلاج النفسى باللعب يقدم خبرة فريدة فى نوعها لأطفال ونذكر قول وينيكوت Winnicotte: أن اللعب فى حد ذاته أياً كان شكله هو علاج لأنه فقط يتضمن اتجاه نحو اللعب.

(Winnicotte, D, 1988, P. 58)

كما أن العلاج باللعب يتيح فرصة تكوين علاقة فى موقف تكون فيه الحدود أكثر اتساعاً ففى حجرة اللعب يستطيع الأطفال أن يعيشوا مشاعرهم وأحاسيسهم وأن يعبروا عنها بصورة كاملة.

(كلارك موستاكس، ١٩٩٠، ص٤٧)

وتؤكد اكسلين أيضاً على أهمية العلاج باللعب فى تناقص الشعور السلبى وتزايد الشعور الإيجابى نحو الذات والآخرين من خلال الجلسات العلاجية.

(Axline, V., 1998, P. 43)

فاللعب فى العلاج التحليلى النفسى هو بصفة أساسية ووسيلة لإقامة التواصل والحوار مع الطفل ومجال يسمح بالملاحظة ومصدر للمعلومات ومؤشر للتفسيرات.

(Esman, A, 1983, P. 17)

والعلاج باللعب يسمح للطفل بالمشاركة وبالتفاعل وبالاسترخاء أيضاً، فكل الألعاب لها قيمة علاجية، واللعب شيء إيجابى معقد يعبر فيه الطفل عن

وعيه الشعورى واللاشعورى وقد وضح Amaster قائمة تتكون من (٦) استخدامات للعب فى مجال العلاج وهم كالتالى:

١- يمكن استخدام اللعب فى مجال التشخيص.
٢- يمكن استخدام اللعب لتأسيس وإقامة علاقة عمل.
٣- يمكن أن يستخدم اللعب باعتباره فترة راحة خلال عمل الطفل اليومى.
٤- يمكن استخدام اللعب لمساعدة الطفل على أن يتعامل لفظياً مع بعض الخامات بوعى وبتوافق مع مشاعره.
٥- يمكن أن يستخدم اللعب فى تطوير نشاط الطفل اليومى والذى يمكن أن يستفيد منه فى المستقبل.
٦- يمكن استخدام اللعب فى مساعدة الطفل على أن يتعامل مع الخامات على المستوى اللاشعورى ليرتاح من التوترات المصاحبة.

(Amaster, F, 1943, P. 68)

العلاج النفسى الجماعى باللعب:

العلاج النفسى الجماعى هو علاج يقدم لعدد محدود من الأطفال فى وقت واحد دون أن ينشد تحقيق أهداف جماعية وعادة ما يختلف أسلوب العمل باختلاف المعالجين واختلاف نظرياتهم ومناهجهم ومذاهبهم العملية.

ويمكن استخدام اللعب أساساً كأسلوب تشخيصى وعلاجى مع الأطفال الصغار، هذا فضلاً عما يمكن استخدامه مع أساليب أخرى خلال الجلسة الجماعية.

(كاميليا عبد الفتاح، ١٩٩٨، ص٦)

ويراعى فى جماعة الأطفال أن تضم عدداً لا يتجاوز العشرة، وأن يكونوا من أعمار متقاربة وأن تسير العملية وفق نظام محدد يقوده المعالج ويعتمد على فعاليتهم الحركية. ويشترك الأطفال فى الألعاب المتنوعة خلال فترة تمتد من ساعة إلى ساعتين، فالألعاب مشوقة، وهى فرصة ليحقق كل طفل واقعياً ما تنطوى عليه نفسه من مشاعر ورغبات وأفكار. كما تساعد الطفل يتغلب تدريجياً على صعوباته عن طريق التنفيس والتحقيق الواقعى لرغبات دفينة تضايقه.

(نعيم الرفاعى، ١٩٩٠، ص١٩٠)

هذا وإن العلاج النفسى الجماعى عن طريق اللعب قدم لأول مرة من سلافسون عام ١٩٤٨ والذى أكد أهمية الوضع وكذلك الاحتياجات لطريقة الجماعة والتأثير المتبادل بين أطفال الجماعة.

(موزة المالكى، ١٩٩٦، ص٥٤)

لقد أصبح التفكير فى استخدام العلاج النفسى الجماعى باللعب ضرورة تفرضها اعتبارات هامة منها ما يلى:

١- إن الأطفال لا يتكلمون بسهولة ووضوح عن مشكلاتهم الدفينة.

٢- إن بعض الأطفال من الصعب كسب ثقتهم والجماعة تلعب دور الوسيط بينهم وبين المعالج.

٣- إن الجماعة تنمى وتعمق زيادة وعى الطفل بذاته وبسلوكه وسط المجموعة، فالجماعة تصحح فكرة الطفل عن ذاته وتعمقه.

٤- إن الجلسة الجماعية تتيح للتعبير الصادق أن ينتقل من طفل إلى آخر فيما يشبه العدوى.

٥- إن بعض الاضطرابات لا ترجع إلى أسباب انفعالية عميقة وإنما ترجع إلى جفوة بين الطفل والكبار تجعله يلجأ إلى المقاومة.

٦- إن الأطفال فى الجماعة أحياناً ما يكتسبون الشجاعة فى القيام بعمل هم فى العادة يبتعدون عنها.

٧- إن بعض الأمهات القلقات المبالغات فى رعاية الطفل يستطعن الانفصال عن الطفل إذا ما وجدن أنفسهن بصحبة أمهات أخريات يجلسن فى قاعة الانتظار.

مجال استخدام العلاج النفسى الجماعى باللعب:

حددت اكسلين أن استخدام العلاج الجماعى قد يكون أكثر فائدة من العلاج الفردى مع الحالات التى تتركز فيها مشاكل الأطفال حول النشاط الاجتماعى، وعندما يتركز العلاج حول مشاكل انفعالية عاطفية عميقة يكون العلاج الفردى أجدى من العلاج الجماعى.

إذن فالعلاج الجماعى ضرورى لحالات معينة من الاضطرابات، نذكر نماذج منها فيما يلى:

١- الشخصيات الانسحابية.
٢- الشخصيات غير الناضجة.
٣- الأطفال الذين يدعون مهارات وهمية.
٤- الأطفال الذين يعانون مخاوف شاذة.
٥- الأطفال ذوو العادات السيئة.
٦- النماذج العدوانية.

(كاميليا عبد الفتاح، ١٩٩٨، ص٧:٩)

أساليب اللعب العلاجية:

تصنف "اكسلين" أساليب العلاج باللعب إلى طائفتين استناداً إلى دور المعالج فى العملية العلاجية وهما: توجيهية Directive قد يتخذ فيها المعالج على عاتقه مسئولية التوجيه، والتفسير، وغير توجيهية Non-Directive وقد يترك فيها المعالج المسئولية والتوجيه للطفل.

أ-اللعب غير الموجه:

تشير "سوزانا ميلر" إلى أن اتباع العلاج باللعب غير الموجه يعتقدون أن اللعب الحر دون أى توجيه من الكبار، يعالج الاضطرابات الانفعالية، ويتصور أصحاب هذه المدرسة أن دور المعالج ينبغى أن يكون دوراً سلبياً تماماً، مقتصراً على خلق جو من الصداقة والتقبل، يستطيع المريض فى نطاقه أن يتوافق مع مشكلاته.

وقد وضعت اكسلين (١٩٦٩) مجموعة من المبادئ التى يستند إليها العلاج باللعب غير الموجه:

(١) تقبل الطفل كما هو.

(٢) تهيئة الظروف التى تتصف بالتسامح فى العلاقة بالطفل حتى يشعر بحرية تامة فى التعبير عن مشاعره الإيجابية.

(٣) حساسية المعالج ودقته فى إدراك مشاعر الطفل التى عبر عنها ثم عكس تلك المشاعر إلى الطفل بطريقة تعطى الطفل فرصة الاستبصار فى سلوكه.

(٤) عدم توجيه نشاط اللعب أو أحاديثه، فالطفل هو الذى يوجه نفسه والمعالج يتابعه فقط.

(٥) أن يظهر المعالج احترامه العميق لقدرة الطفل على حل مشكلاته، وأن يترك مسئولية الاختيار وإحداث التغيير إلى الطفل وحده.

(٦) عدم التعجل بإنهاء الجلسات نظراً لأن العلاج غير الموجه عن طريق اللعب يتطلب وقتاً من الطفل والمعالج على السواء.

ب-العلاج النفسى الموجه باللعب:

وهو لعب مخطط وفيه يحدد المرشد مسرح اللعب ويختار اللعب والأدوات بما يتناسب مع عمر الطفل وخبرته بحيث تكون مألوفة له تستثير نشاطاً واقعياً، أو اقترب إلى الواقع ويصمم اللعب بما يتناسب ومشكلة الطفل، ثم يترك الطفل يلعب فى جو يسوده العطف والتقبل، وغالباً ما يترك المرشد فى اللعب فقرة جديدة. وتعد "أنا فرويد" من بين الأوائل الذين أدركوا ما يمكن فى اللعب من قيمة علاجية بوصفه بديلاً جزئياً عن أساليب العلاج اللفظية.

(محمد ابراهيم عبد الحميد، ١٩٩٩، ص٥٨:٥٩)

الإعداد لجلسات العلاج النفسى الجماعى باللعب:

(١) تشكيل الجماعة العلاجية:

ليست هناك قوانين جامدة ينبغى اتباعها عند تشكيل الجماعة العلاجية، والأمر يرجع غالباً إلى ذكاء المعالج وخبرته والمنهج العلاجى الذى يتبعه كل معالج. فهناك من يميل إلى اتباع أسلوب التجانس التام بين أعضاء الجماعة من حيث السن والذكاء والجنس والأعراض وما إليها، ومنهم من يخرج على هذا الأسلوب ويشكل الجماعة بصورة تشبه الجو المدرسى أو جماعة النادى وهو فى هذا يقرر أن عدم التجانس يحقق أهدافاً علاجية كبيرة.

(٢) أدوات اللعب:

يمكن القول أن الألعاب التى ثبتت فعاليتها واستخدمت بنجاح فى العلاج باللعب كانت ألعاباً متنوعة الشكل والحجم والموضوع، وتمثل الأشخاص والأشياء الهامة فى حياة الأطفال والتى توجد فى مجالهم السلوكى وتعتبر بمثابة مثيرات

مدروسة لسلوك الطفل. ويراعى أن تكون هذه الأدوات غير قابلة للكسر وألا تكون غالية الثمن ويمكن أن يضيف المعالج ألعاباً خاصة تميز بيئته.

(٣) حجرة اللعب:

توجد هذه الحجرة فى العيادة أو تابعة لمركز إرشادى معين، ولهذه الحجرة مواصفات عالمية متفق عليها تقريباً ومنها: أن تكون الحجرة متوسطة الاتساع، مجهزة بسقف عازل للصوت، وأرضية عازلة للمياه، وجدران قابلة للطلاء، وأثاث بسيط متين وعادة ما تزود الغرفة بمنضدتين منخفضتين: إحداهما مستطيلة توضع عليها نماذج مختلفة من الدمى والأخرى مستديرة تتسع لخمسة أطفال تقريباً وتستخدم للتلوين واللعب بالصلصال.

العلاقة بين المعالج النفسى والطفل فى الموقف العلاجى:

- إن العلاقة بين المعالج النفسى والطفل على درجة كبيرة من الأهمية فعلى المعالج أن يظهر العطف والاحترام والثقة دون أن يتخلى عن دوره العلاجى الناضج كذلك فإن المعالج يواجه مواقف كثيرة قد تكون شائعة الحدوث، وقد تحدث فجأة دون توقع.
- ومن خلال هذه العلاقة يستطيع الطفل أن يصل إلى فهم واضح لحريته وأن يحدد بنفسه طريقته الخاصة فى اللعب.
- لهذا كانت مسألة تحديد الدور هامة وحيوية فى إقامة العلاقة العلاجية وفى بنائها وكذلك مسألة التدرب على اختيار الألفاظ والاستجابة السريعة والمرونة من الأمور التى ينبغى أن يخبرها المعالج قبل بداية ممارسته العلاج.
- إن كل ما يفعله الطفل له معان عديدة بالنسبة لحياته العقلية والنفسية ولموقفه من والديه ومن أقرانه، فالحياة بالنسبة له مليئة بالإحباطات التى عليه أن يواجهها، فيحدث التصادم ما بين رغباته وتخيلاته ودوافعه وعواطفه فى مجابهة العالم الخارجى.
- والطفل دائماً يقارن بين ما يرغب فيه وما يتخيله وقارنه أيضاً بما يقدم له فعلاً وأحياناً ما يكون العالم الخارجى محبطاً بشدة لأن الطفل لم يكن يتخيله على هذه الصورة.

- من هنا نشأت أهمية مساعدة الأطفال على التوفيق بين التوهم وبين واقعية العالم الخارجى وذلك بتبسيط المشكلة التى يواجهها فى حينها ومعالجتها فى الوقت ذاته ما أمكن ومن هنا أيضاً نشأت الحاجة إلى معالج ذى شخصية وقدرات تناسب التعامل مع الأطفال وتدريب خاص فالعمل مع الأطفال يحتاج إلى فهم وصبر وحساسية بالوالدية.

(صباح مصطفى، ١٩٩٩، ص٧٦:٧٧)

محددات العلاقة العلاجية:

على الرغم من كل تلك الخلافات والاتجاهات النظرية المختلفة إلا أننا نجد اتفاقاً شبه عام حول بعض هذه المحددات للعلاقة العلاجية بين الطفل والمعالج فى جلسة العلاج باللعب ويذكر "موستاكس" عام ١٩٩٠ أن هناك أشياء معينة لا يجب أن يفعلها الطفل وتخدم هذه المحددات بل وتهدف إلى تحديد الأدوار والمسئوليات تجاه المعالج وتجاه حجرة اللعب وتجاه الطفل نذكر منها ما يلى:

١- لا يسمح للطفل بأخذ أى محتويات من حجرة اللعب إلى المنزل.
٢- لا يسمح للطفل بالاعتداء المادى على المعالج أو على ملابسه.
٣- لا يسمح للطفل بتدمير أو تحطيم أى ممتلكات أو أدوات داخل حجرة اللعب.
٤- لا يسمح للطفل بالبقاء بعد الوقت المحدد للجلسة.
٥- لا يسمح للطفل بنقل اللعب من الحجرة.
٦- لا يسمح للطفل برمى أو إلقاء اللعب أو الأدوات من النافذة.

(Schaefer and Conner, 19983, P. 8:9)

وتعلق جنيوت Ginott علي هذه المحددات قائلة: إن هذه المحددات من شأنها أن تسمح للمعالج باتخاذ موقفاً إيجابياً تجاه الطفل.

(Guerney, L, 1983, P. 27)

الخلاصة:

تتضح أهمية العلاج باللعب فى أنه يتناسب مع كافة الأطفال سواء كانوا أطفال عاديين أو غير عاديين سواء من حيث التشخيص والعلاج. كما تتضح أهمية اللعب كحاجة إنسانية أساسية من خلال قول المفكر الألمانى "شيللر":

"يكون الإنسان إنساناً حين يلعب"

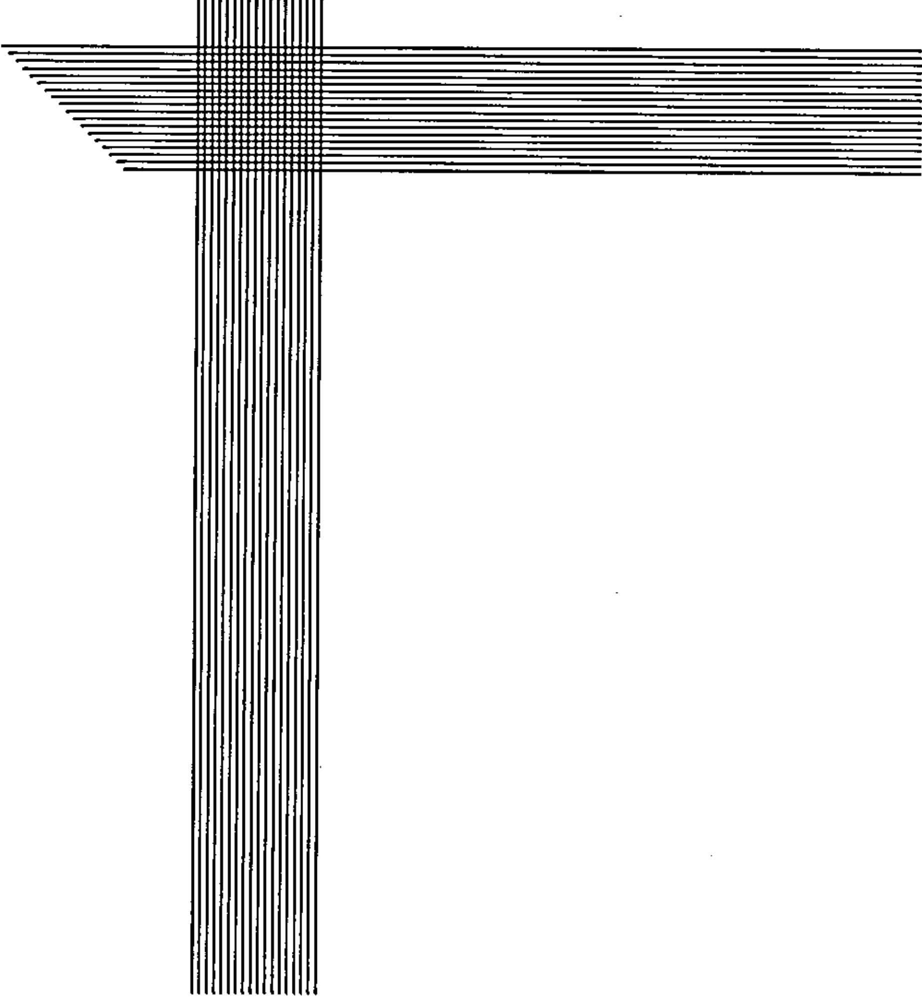
كما تتضح أهمية العلاج باللعب فى الحد من حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال وذلك لما يتيحه للأطفال من التنفيس عن مشاعرهم وغضبهم وكبتهم بحرية دون أى تهديد بل فى جو آمن مطمئن مما يساعد الطفل على فهم ذاته وفهم الآخرين كما يساعده على التكيف مع العالم المحيط حوله.

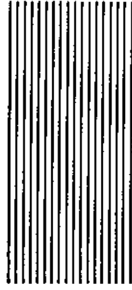
ومن خلال ما سبق:

يعرف الباحث العلاج باللعب إجرائياً على النحو التالي:

"يعتبر العلاج باللعب من الطرق الهامة فى دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات الأطفال بوصفه من أحد أهم مناهج العلاج النفسى للأطفال، بسبب عدم نموهم اللغوى والعقلى والانفعالى المناسب بالقدر الذى يمكنهم من استبصار مشكلاتهم على النحو الذى يتحقق للكبار، فاللعب يعتبر أداة علاجية نفسية هامة للأطفال المشكلين أو المصابين باضطرابات سلوكية مما يساعد الطفل على فهم نفسه وفهم العالم من حوله، وإقامة علاقات اجتماعية فعالة مع غيره سواء من الرفاق أو الأخوة أو الوالدين، والعلاج باللعب يعتبر فرصة آمنة غير مهددة وفى اللعب يعبر الطفل عن مشكلاته وصراعاته ومن خلالها يخرج مشاعره المتراكمة من ضغوط الإحباطات وعدم الأمان ومخاوفه على السطح مما يساعده على النمو العقلى والخلقى والنفسى والاجتماعى حيث أن اللعب هو عمل الطفل ووسيلته التى ينمو بها ويرتقى بواسطتها".

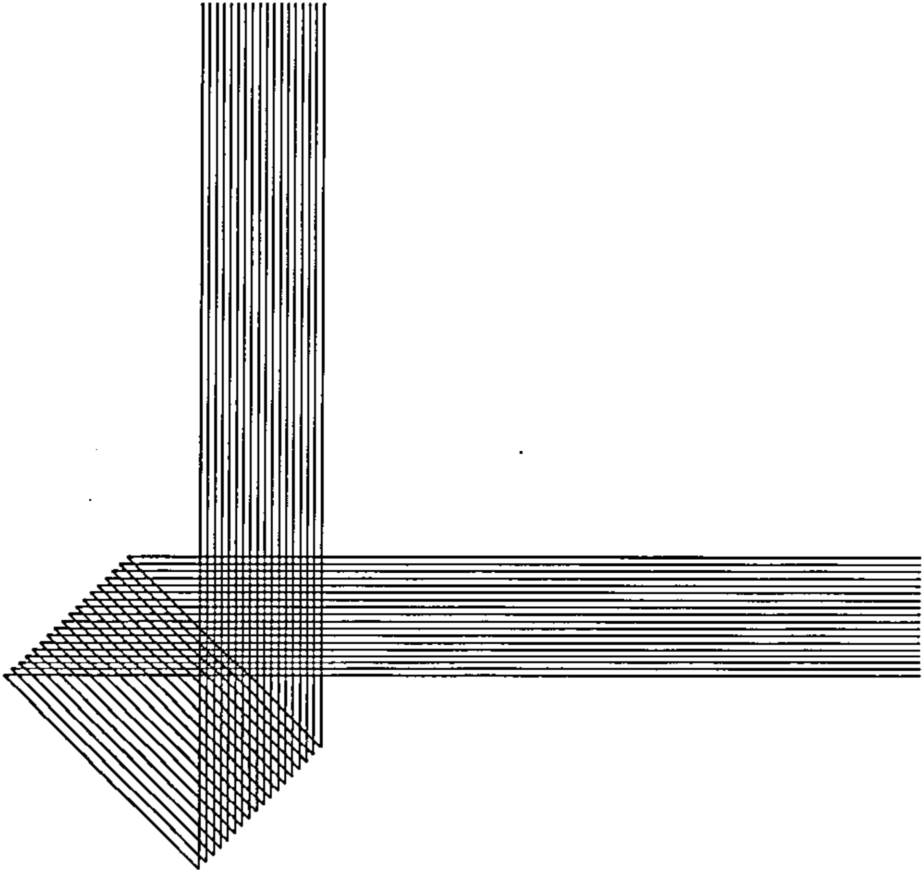
الفصل الثالث
الدراسات السابقة





الفصل الثالث

الدراسات السابقة



مقدمة:

- احتلت الدراسات عن الطفل التوحدى Autism فى السنوات العشر الأخيرة مساحة واسعة من البحث العلمى خاصة بعد انتشار العديد من الدوريات المتخصصة فى هذا المجال، ليس فقط الدوريات ولكن المراكز على المستوى العالمى والتى اهتمت بعمل العديد من الدراسات الهادفة من أجل التعرف على التوحدية هذا اللغز المحير فى كيفية تشخيصه وكيفية التدخل المبكر لاكتشافه وأيضاً كيفية معرفة أنسب الطرق والوسائل العلاجية المقدمة له للحد من المشكلات والاضطرابات السلوكية التى يعانى منها الطفل التوحدى وذلك من أجل إعداده لمستوى نضج أفضل وأنسب لبعض القدرات الخاصة به.
- الأمر الذى يتطلب تخطيطاً وتنظيماً لخبرات هؤلاء الأطفال بما يتفق مع المرحلة العمرية التى يواكبونها، وخصائصها ومعدلاتها النمائية ومشكلاتها السلوكية والانفعالية.
- ومن هنا سوف يعرض الباحث فى هذا الجزء أهم الدراسات التى تناولت التوحدية، والاضطراب السلوكى لدى الطفل التوحدى وأيضاً البرامج العلاجية المقدمة لهذه الفئة من الأطفال.
- وقد قام الباحث بتقسيم الدراسات حسب مجال الدراسات كالآتى:

١- دراسات تناولت الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين.
٢- دراسات خاصة بالأطفال التوحديين والعلاج باللعب.
٣- دراسات خاصة بعلاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين بطرق مختلفة.
٤- دراسات تناولت الاضطرابات السلوكية والعلاج باللعب بصفة عامة.
٥- دراسات تناولت علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال متعددى الإعاقة.

وسيتناول الباحث الدراسات السابقة موضوع البحث مراعياً الأسس التالية:

أ - التسلسل الزمنى من الأقدم إلى الأحدث.
ب - عرض الدراسات الأجنبية أولاً ثم الدراسات العربية.
جـ -التعليق على الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها فى الدراسة الحالية.

أولاً: دراسات تناولت الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين:

(١) دراسة .Janney, R (١٩٨٩)

عنوان الدراسة:

"دراسة حالة لطفل توحدى يعانى من اضطرابات سلوكية"

الهدف من الدراسة:

الكشف عن بعض الاضطرابات السلوكية ومنها نوبات الغضب والسلوك العدوانى وبعض السلوكيات الأخرى غير المقبولة اجتماعياً.

عينة الدراسة:

طفلة تعانى من التوحد.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن البرنامج التدريبى أدى إلى زيادة التفاعلات الاجتماعية ومن ثم انخفاض حدة بعض الاضطرابات السلوكية التى تعانى منها الطفلة مثل السلوك العدوانى ونوبات الغضب.

مدى استفادة الباحث:

أكدت الدراسة السابقة على أن الأطفال التوحديين يعانون من حدة بعض الاضطرابات السلوكية مثل السلوك العدوانى ونوبات الغضب والسلوكيات الاجتماعية غير المرغوبة، ولكن الباحث اهتم الرجوع إلى الإطار النظرى عن هذه الاضطرابات وذلك لتكون أرضية واضحة عن هذه الاضطرابات ليبنى عليها كيفية التدخل العلاجى للحد من هذه الاضطرابات السلوكية.

(٢) دراسة Giddan, J.: (١٩٩٠)

عنوان الدراسة:

"تدريب الأطفال التوحديين على بعض المهارات المتعلقة بالأعمال المنزلية والعناية بالمزرعة".

الهدف من الدراسة:

الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفون عقلياً فى المواقف والتفاعلات الاجتماعية والسلوك الانسحاب من خلال برنامج تدريبى على تنمية بعض المهارات الاجتماعية.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين (الأولى) تضم (٢٠) طفلاً من المتخلفين عقلياً، (والثانية) تضم (١٥) طفلاً توحدياً.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن الأطفال التوحديين هم الأقل فى تفاعلاتهم الاجتماعية، والأكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وذلك قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً.

مدى استفادة الباحث:

أشارت هذه الدراسة أن الأطفال التوحديين أكثر من الأطفال المتخلفين عقلياً فى حدة الاضطرابات السلوكية مثل السلوك الانسحاب وعجز التواصل مع الآخرين مما يدل على أن هؤلاء الأطفال فى أشد الحاجة للبرامج العلاجية.

(٣) دراسة Wadden, et al: (١٩٩١)

عنوان الدراسة:

"قائمة ملاحظة لسلوك الطفل التوحدى"

الهدف من الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إمكانية استخدام قائمة لملاحظة وتميز سلوك الأطفال التوحديون عن سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً وذوى صعوبات التعلم.

عينة الدراسة:

تكونت العينة من ٦٧ طفلاً توحدياً، و(٦٥) طفلاً من المتخلفين عقلياً، وتراوحت أعمارهم ما بين ٦:١٥ سنة.

نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديون هم الأقل قدرة على التواصل وأقل قدرة على التعبير اللفظى والأكثر انسحاباً من المواقف الاجتماعية وذلك عند مقارنتهم بالأطفال المتخفين عقلياً.

مدى استفادة الباحث:

تؤكد هذه الدراسة أن الأطفال التوحديون فى حاجة ماسة للبرامج العلاجية لكونهم أكثر الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة يعانون من حدة بعض الاضطرابات السلوكية.

(٤) دراسة Buitelaar, et al: (١٩٩١)

عنوان الدراسة:

"الاختلافات (الفروق) فى أبنية السلوك الاجتماعى للطفل التوحدى والطفل غير التوحدى".

الهدف من الدراسة:

التعرف على السلوك الاجتماعى والسلوك الموجه لدى الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفون عقلياً.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية من الأطفال التوحديون ومجموعة ضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً.

نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديون يعانون من قصور فى التبادل والتواصل البصرى بالعين والتواصل مع الآخرين بشكل حاد وذلك بمقارنتهم مع الأطفال المتخلفين عقلياً.

مدى استفادة الباحث:"

تشير هذه الدراسة أن الطفل التوحدى فى حاجة إلى رعاية شديدة ومكثفة أكثر من الأطفال المتخلفين عقلياً لكونهم أكثر حدة فى بعض الاضطرابات السلوكية.

(٥) دراسة Klin, A. (١٩٩١):

عنوان الدراسة:

"تدريب الأطفال التوحديين على الإصغاء للكلام للحد من سلوكيات الانسحاب الاجتماعى لديهم".

الهدف من الدراسة:

التمييز بين الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً فى سلوكيات التواصل مع الآخرين والتعلق بهم، والانسحاب من المواقف الاجتماعية.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ١٢ طفلاً توحدياً تتراوح أعمارهم ما بين ٤:٦ سنوات، وضمت الثانية مجموعة مماثلة من الأطفال المتخلفين عقلياً.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن الأطفال التوحديين كانوا أقل تعلقاً من أقرانهم المتخلفين عقلياً حيث لم يفضلوا صوت الأم بل أنهم كانوا يفضلون إما الضوضاء الناتجة عن أصوات مركبة أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية وذلك بشكل دال قياسياً بأقرانهم المتخلفين عقلياً الذين كانوا يفضلون صوت الأم.

مدى استفادة الباحث:

أوضحت هذه الدراسة أيضاً أن الأطفال التوحديون أكثر انسحاباً من المواقف الاجتماعية وأقل تواصلاً، وأقل تعلقاً بالآخرين وذلك بمقارنتهم بالأطفال المتخلفين عقلياً.

(٦) دراسة Brerton and Tong (١٩٩٢):

عنوان الدراسة:

"قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدى"

الهدف من الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التأكد من إمكانية استخدام قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدى وتقييمه ومتابعته.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٢٠) طفل من الأطفال التوحديين وعينة ضابطة من الأطفال المتأخرين ارتقائياً.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن الأطفال التوحديون لهم بروفيل خاص باضطرابات التواصل والمشكلات الاجتماعية والسلوكية.

مدى استفادة الباحث:

تكونت العينة من ١٢٠ طفلاً توحدياً وأشارت النتائج أنهم يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية وتعتبر هذه العينة من العينات الكبيرة بالنسبة لهذه الفئة من الأطفال مما يؤكد ما توصلت إليه الدراسات الأخرى أنهم يعانون بالفعل من حدة الاضطرابات السلوكية وبالتالى فهم فى أشد الحاجة للبرامج العلاجية.

(٧) دراسة Barthelemy, et al: (١٩٩٢)

عنوان الدراسة:

"تقييم سلوك الطفل التوحدى"

الهدف من الدراسة:

التعرف على إمكانية استخدام المقاييس النفسية فى تشخيص حالات التوحدية وتمييزها عن حالات التخلف العقلى.

عينة الدراسة:

ضمت العينة مجموعتين ضمت إحداهما ٥٨ طفل من الأطفال التوحديين والأخرى أيضاً ضمت ٥٨ طفلاً من الأطفال المتخلفين عقلياً.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن سلوك الطفل التوحدى يتسم بالاضطراب بشدة وذلك عند مقارنته بسلوك الطفل المتخلف عقلياً.

مدى استفادة الباحث:

أكد هذه الدراسة على معاناة الأطفال التوحديون من حدة بعض الاضطرابات السلوكية مثل الانسحاب الاجتماعى وعجز التواصل مع الآخرين، وضعف الانتباه، وضعف القدرة على التعبير اللفظى وغير اللفظى، وهو ما سوف يأخذ به الباحث فى الاعتبار عند بناء مقياس الاضطرابات السلوكية لهذه الفئة من الأطفال.

(٨) دراسة Flusberg, H.: (١٩٩٢)

عنوان الدراسة:

"أثر لغة الأطفال التوحديون من الناحية النفسية على سلوكهم".

الهدف من الدراسة:

المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً ذوى زملة أعراض داون وذلك فى مجموعة أبعاد تضمنت التفاعلات الاجتماعية.

عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة (٦) أطفال توحديين، و(٦) أطفال متخلفين عقلياً.

نتائج الدراسة:

كشفت الدراسة –وذلك خلال فترة ملاحظة استمرت عامين– عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، حيث كان الأطفال التوحديون يستخدمون كلمات أقل لجذب الانتباه، وللتعبير عن العمليات الإدراكية وأيضاً الانفعالية مما جعلهم أكثر انسحاباً من المواقف التى تتسم بالتعامل الاجتماعى وذلك بالمقارنة بأقرانهم من المتخلفين عقلياً.

مدى استفادة الباحث:

استخدمت هذه الدراسة الملاحظة لمدة عامين مما يدل على تأصل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى وهذا ما سوف يأخذ به الباحث عند تصميم مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين.

(٩) دراسة Tirosh and Conry: (١٩٩٣)

عنوان الدراسة:

"الاضطراب التوحدى والنشاط الحركى المفرط"

الهدف من الدراسة:

الكشف عن مدى التزامن بين الاضطراب التوحدى والنشاط الحركى المفرط وذلك من خلال دراسة التاريخ الأسرى لأسر الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٥) أطفال توحديون.

نتائج الدراسة:

أشارت النتائج أن الأطفال التوحديون يعانون من النشاط الحركى المفرط مع سلوكيات نمطية أخرى مثل ترديد لما يقوله الآخرون.

مدى استفادة الباحث:

استخدمت هذه الدراسة أساليب هامة فى التعرف على سلوكيات الطفل التوحدى ونشأتها ومن بينها دراسة التاريخ الأسرى وهذا ما سوف يستعين به الباحث -إن شاء الله- من خلال أسلوب دراسة الحالة للتعرف على مظاهر السلوك المضطرب لدى الطفل التوحدى. مما يساعده فى وضع المقياس الخاص بالاضطرابات السلوكية لهؤلاء الأطفال.

(١٠) دراسة Ratekin, C.: (١٩٩٣)

عنوان الدراسة:

"تقييم أثر الحالة المزاجية لدى الطفل التوحدى والطفل المتخلف عقلياً".

الهدف من الدراسة:

تقييم أثر الحالة المزاجية في بيئة شبيهة وهى بيئة المدرسة للأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً ومقارنتهم بالأطفال العاديين من هم فى مثل أعمارهم.

عينة الدراسة:

ضمت العينة (٣٠) طفلاً من الأطفال العاديين، و(٣٠) طفلاً توحدياً، وأيضاً (٣٠) طفلاً من المتخلفين عقلياً.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن الأطفال التوحديون قد اختلفوا بشكل دال عن أقرانهم المتخلفين عقلياً والعاديين فى الانسحاب من المواقف الاجتماعية مصحوباً بنوبات غضب وفى بعض الأحيان الأخرى مصحوب بالاعتداء على الآخرين.

مدى استفادة الباحث:

تؤكد هذه الدراسة ما أكدتهالدراسات السابقة من أن الأطفال التوحـديون أكثر إصابة ومعاناة من الاضطرابات السلوكية وذلك بمقارنتهم بالأطفال المتخلفين عقلياً ومن العاديين مما يدل على مدى حاجاتهم للبرامج العلاجية.

(١١) دراسة Christorphor and Thomas: (١٩٩٤)

عنوان الدراسة:

"فحص المتغيرات الخاصة بالأنماط الاجتماعية فى الاضطراب التوحدى"

الهدف من الدراسة:

التأكد من ثبات الأنماط الاجتماعية فى الاضطراب التوحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٥٣) طفل من الأطفال التوحديون.

نتائج الدراسة:

توصلت النتائج إلى أن الأطفال التوحديون يعانون من اضـطراب فـى السلوك التكيفى.

مدى استفادة الباحث:

يعانون هؤلاء الأطفال من اضطراب فى السلوك التكيفى مثل العجز فـى التواصل مع الآخرين وضعف العلاقات الاجتماعية مما يعطى الباحث الفرصـة فى إعداد مقياس للاضطرابات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال بشكل جيد وواضح.

(١٢) دراسة .Vanmeter, L: (١٩٩٥)

عنوان الدراسة:

"سلوك التعلق والعلاقات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

معرفة سلوك التعلق والارتباط الاجتماعى لدى آباء ومدرسـين لأطفـال مصابين بأعراض التوحد.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٣٥) طفل من الأطفال التوحديين، و(١٦) طفل من الأطفال المتخلفين عقلياً.

نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة إلى ارتباط الإدراك الاجتماعي بسلوكيات التعلق لدى الأطفال التوحديون ولم يكن كذلك بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً، كما كانوا أكثر قصوراً من الأطفال المتخلفين عقلياً في البنود التي تهتم أكثر بسلوكيات التعلق وتشمل: التقليد وسلوك الانتباه، والاهتمام بالحالة الانفعالية للآخر.

مدى استفادة الباحث:

بينت هذه الدراسة أن الأطفال التوحديون يعانون من قصور في الانتباه المتصل مع عدم الاهتمام بالحالة الانفعالية للآخر مما يؤثر على البرامج التأهيلية التي تقدم لهم.

(١٣) دراسة Corpenturi and Morgan: (١٩٩٦):

عنوان الدراسة:

"الوظائف الذهنية والتوافقية في الأطفال التوحديون والأطفال المتخلفين عقلياً".

الهدف من الدراسة:

المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديون ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً في بعض الخصائص النفسية والاجتماعية.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفل من الأطفال المتخلفين عقلياً، و(١٨) طفلاً من الأطفال التوحديون.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في القدرات اللفظية، والمهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل لصالح الأطفال المتخلفين عقلياً، كما كان الأطفال المتخلفين عقلياً أكثر تفاعلاً مع الآخرين، وأقل انسحاباً من المواقف الاجتماعية المختلفة عند مقارنتهم بأقرانهم من الأطفال التوحديين.

(١٤) دراسة Downing, et al: (١٩٩٦)

عنوان الدراسة:

"دمج مجموعة من الأطفال "طفل توحدى – متخلف عقلياً – عادى" يعانون من مشكلات سلوكية فى فصول دراسية عادية".

الهدف من الدراسة:

دمج ثلاثة من الأطفال أحدهم توحدى والثانى متخلف عقلياً بينما الثالث من الأطفال العاديين وجميعهم يعانون من مشكلات سلوكية، وذلك فى فصول دراسية عادية وقد تمت ملاحظتهم لمدة عام دراسى كامل.

نتائج الدراسة:

أشارت النتائج أن الأطفال الثلاثة ما زالوا يعانون من بعض الصعوبات فى التفاعل مع الأقران الذين هم فى مثل عمرهم كما يعانون من ضعف السيطرة على سلوكهم الانسحابى غير الملائم، وقد كان الطفل التوحدى هو أكثر الأطفال الثلاثة انسحاباً وأقل تفاعلاً مع الأقران.

مدى استفادة الباحث:

أ-إن الطفل التوحدى هو أكثر الأطفال معاناة من حدة بعض الاضطرابات السلوكية.

ب-إن الأطفال المصابين باضطرابات سلوكية هم فى حاجة إلى برامج علاجية قبل أن يتم دمجهم مع أقرانهم من العاديين وخاصة الطفل التوحدى.

(١٥) دراسة Ruble, L.: (١٩٩٧)

عنوان الدراسة:

"دراسة مقارنة للعادات الطبيعية لسلوك الأطفال التوحديين والأطفال المصابين بزملة داون".

الهدف من الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل محتوى السلوك لمجموعتين من الأطفال.

عينة الدراسة:

تضمنت عينة الدراسة (٨) أطفال توحديين، و(٨) أطفال مصابين بزملة داون وكانت المجموعتين متكافئتين فى مستويات السلوك التكيفى.

نتائج الدراسة:

كان الأطفال من ذوى أعراض زملة داون يستخدمون الإشارات بشكل أكثر من أقرانهم من الأطفال التوحديون والذين يتسمون بعجز قدرتهم على الاستجابة للمثيرات المختلفة بمقدار أربعة أضعاف، وهو ما يجعلهم أقل قدرة على التفاعل الاجتماعى وأكثر انسحاباً من المواقف الاجتماعية المختلفة.

مدى استفادة الباحث:

تبين الدراسة السابقة ظهور الاضطرابات السلوكية بشكل واضح لدى الأطفال التوحديين عنه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.

(١٦) دراسة Lewis, Mark: (١٩٩٨)

عنوان الدراسة:

"اضطرابات السلوك لدى الطفل التوحدى"

الهدف من الدراسة:

التعرف على اضطرابات السلوك لدى الطفل التوحدى مثل نقص وضعف الانتباه، ونقص التواصل مع الآخرين.

عينة الدراسة:

مجموعة من الأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أن الأطفال التوحديون يعانون من بعض السلوكيات النمطية مثل ترديد الكلمات بشكل آلى مع ضعف الانتباه ونقص التواصل.

مدى استفادة الباحث:

من أكثر الاضطرابات السلوكية التى يعانى منها الطفل التوحدى هى ضعف الانتباه مع عجز التواصل مع الآخرين وهذا ما سوف يضعه الباحث فى الاعتبار عند تصميم مقياس الاضطرابات السلوكية.

(١٧) دراسة Charman and Lynggaard: (١٩٩٨)

عنوان الدراسة:

"المهام الاجتماعية عند الطفل التوحدى"

الهدف من الدراسة:

إجراء مقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديين، والأطفال المتخلفين عقلياً، والأطفال الأسوياء على بعض المهام الاجتماعية.

عينة الدراسة:

تكونت العينة من ١٧ طفلاً من الأطفال التوحديين و(١٧) طفلاً من الأطفال المتخلفين عقلياً، و (٣١) طفلاً من الأطفال الأسوياء.

نتائج الدراسة:

بينت النتائج أن الأطفال التوحديون هم أقل تلك المجموعات فى مستوى المهارات الاجتماعية وأكثرهم انسحاباً من المواقف الاجتماعية.

مدى استفادة الباحث:

أن الأطفال التوحديون أكثر الأطفال معاناة من الاضطرابات السلوكية وأيضاً هم أكثر الأطفال فى حاجة إلى رعاية مكثفة.

(١٨) دراسة Dennis, et al: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"أنماط الذكاء بين الأطفال التوحديين، والأطفال ذوى الفيناكيتونوريا والأطفال المصابين بإصابات فى المخ".

الهدف من الدراسة:

مقارنة مجموعة من الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال المصابين بإصابات فى الفص الجبهى الأمامى فى الأداء الاجتماعى.

عينة الدراسة:

(٨) أطفال توحديون، و(١٢) طفلاً من المتخلفين عقلياً، و (١٢) طفلاً من المصابين بإصابات فى المخ.

نتائج الدراسة:

فقد وجد أن الأطفال التوحديون يتسمون بدرجة من الوعي الاجتماعى أكثر انخفاضاً من المجموعتين الأخرتين، وذلك بشكل دال إحصائياً مما يجعلهم أقل قدرة على مسايرة الآخرين كما وجد أيضاً أنهم أكثر الأطفال انسحاباً من المواقف الاجتماعية.

مدى استفادة الباحث:

الطفل التوحدى أكثر معاناة من الاضطرابات السلوكية بالمقارنة من هم فى مثل سنة سواء من ذوى الاحتياجات الخاصة مثل الأطفال المتخلفين عقلياً أو من المصابين بإصابات فى المخ أو من الأطفال العاديين مما يحتاج إلى برامج علاجية مناسبة مع ميولهم وقدراتهم وهذا ما سوف يراعيه الباحث عند وضع البرنامج العلاجى باللعب.

(١٩) دراسة Njardivik, et al: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"مقارنة المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدى والطفل المتخلف عقلياً".

الهدف من الدراسة:

مقارنة مستوى المهارات الاجتماعية لدى مجموعة من الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً ومن المصابين باضطرابات غير محددة.

عينة الدراسة:

(٣٦) طفل من الأطفال المتخلفين عقلياً. و(١٢) طفل توحدى. و (١٢) من ذوى الاضطرابات غير محددة. ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٠:١٤ سنة.

نتائج الدراسة:

بينت الدراسة أن الأطفال التوحديون هم أقل الأطفال فى المجموعات الثلاثة فى المهارات الاجتماعية وأكثرهم انسحاباً من المواقف الاجتماعية المختلفة. بينما مجموعتى الأطفال المتخلفين عقلياً وذوى الاضطرابات غير المحددة لم توجد بينهما فروق ذات دلالة إحصائية.

مدى استفادة الباحث:

تبين من الدراسة السابقة أن الطفل التوحدى هو أكثر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة إصابة بالاضطرابات السلوكية وبالتالى يحتاج إلى رعاية مكثفة وبرامج علاجية متخصصة.

(٢٠) دراسة أيمن أحمد جيرة: (١٩٨٤)

عنوان الدراسة:

"دراسة تجريبية فى سيكوديناميات الذهان لدى الأطفال".

الهدف من الدراسة:

الربط بين أنماط الشفاء فى البلوغ وأنماط الانحرافات النفسية الحادة فى الطفولة.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٥) أطفال تراوحت أعمارهم ما بين الثالثة والعاشرة من العمر.

نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة إلى أن الطفل التوحدى يتسم سلوكه بالانسحاب الاجتماعى وفى أشد الحالات بالعزلة والوجدانية، كما يتسم بالنمطية والتكرار فى التعامل مع الأشياء ولديه صعوبة فى التواصل مع الآخرين.

مدى استفادة الباحث:

أكدت هذه الدراسة على أن الطفل التوحدى يعانى من بعض الاضطرابات السلوكية ومن أهمها الانسحاب من المواقف الاجتماعية وبالنمطية والتكرار فى تعامله مع الأشياء مما يعطى صورة واضحة عن وضع الطفل التوحدى فى مصر.

(٢١) دراسة عمر بن الخطاب خليل: (١٩٩٤)

عنوان الدراسة:

"خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسيه) على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال".

الهدف من الدراسة:

قياس سمات الشخصية التى يتصف بها الأطفال المصابين بالتوحدية ومقارنتهم بالأطفال الأسوياء لتحقيق الفرضين التاليين:

أ-إن الأطفال المصابين بالتوحدية أكثر انطوائية من الأطفال الأسوياء.
ب-إن الأطفال المصابين بالتوحدية أكثر عصابيين من الأطفال الأسوياء.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال المصابين بالتوحدية وكان عددهم ٢٥ طفل منهم ٢٤ طفل وطفلة واحدة فقط ويماثلهم بالبط مجموعة من الأطفال الأسوياء.

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال التوحديون أكثر انطوائية وعصاباً من الأطفال الأسوياء.

مدى استفادة الباحث:

أوضحت الدراسة السابقة أن الأطفال التوحديون يعانون من المشكلات السلوكية والعصاب يكاد يكون مصاحباً لبداية الاضطراب التوحدى ولذلك وجب توجيه الاهتمام والعناية لهم سواء من حيث تشخيص الاضطرابات السلوكية لديهم أو علاجها.

(٢٢) دراسة حسنى إحسان حلوانى: (١٩٩٦)

عنوان الدراسة:

"المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم "التوحد" من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية".

الهدف من الدراسة:

التوصل لتشخيص فارق للأطفال التوحديين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً والأسوياء من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية وقوائم الملاحظة.

عينة الدراسة:

تضمنت عينة الدراسة ٢٧ طفلاً توحدياً تتراوح أعمارهم ما بين ٦:١٥ سنة، كما ضمت ٢٧ طفلاً من المتخلفين عقلياً بمدينة جدة وتراوحت أعمارهم ما بين ٦:١٣ سنة كما ضمت ٢٧ طفلاً من الأسوياء وتراوحت أعمارهم ما بين ٦:٨ سنوات.

نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة أن الأطفال التوحديون هم أكثر الأطفال فى المجموعات الثلاثة انخفاضاً فى مهاراتهم الاجتماعية بالإضافة إلى أن قدراتهم اللفظية تعد منخفضة جداً.

مدى استفادة الباحث:

إن الأطفال التوحديون عند مقارنتهم بأقرانهم من المعاقين والأسوياء يعدون هم الأقل من حيث التواصل والتفاعل الاجتماعى مع الآخرين.

(٢٣) دراسة نادية إبراهيم أبو السعود: (١٩٩٧)

عنوان الدراسة:

"الاضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته بضغوط الوالدية".

الهدف من الدراسة:

بحث الفروق ودلالاتها بين الضغوط الوالدية بأسر الأطفال التوحديين وأسر الأطفال العاديين.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (٤٠) طفل وطفلة من المصابين بالاضطراب التوحدى و (٤٠) طفل من الأطفال العاديين.

نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين الاضطراب التوحدى والضغوط الوالدية وكذلك وجود ارتباط بين ثلاثة أبعاد من خصائص الطفل التوحدى مع ثلاثة أبعاد من خصائص الوالدين وأيضاً وجود علاقة ارتباطية بين خصائص الوالدين للطفل التوحدى وضغوط الحياة وأخيراً وجود

فروق بين متوسط درجات الأطفال التوحديين ومتوسط درجات الأطفال العاديين على مقياس خصائص الطفل.

مدى استفادة الباحث:

إن هناك ضغوط والدية نتيجة إصابة أبنائهم بالتوحد مما يدل على تفاقم هذه الضغوط عندما يعانى أبنهم من الاضطرابات السلوكية.

(٢٤) دراسة حسيب الدفراوى وآخرون: (١٩٩٨)

عنوان الدراسة:

"الطفولة الذاتوية فى الأطفال المصريين فى التقييمات والمصاحبات الإكلينيكية".

الهدف من الدراسة:

وضع تقييمات ووصف لسلوك الأطفال التوحديين فى مصر.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٣٧ طفلاً توحدياً.

نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى أنه توجد معاملات ارتباط بين التقييمات الإكلينيكية التى أجريت على هؤلاء الأطفال كل طفل على حدة والتشخيص المستخدم عالمياً DSM.IV كما أكدت القياسات السلوكية أن الطفل التوحدى يعانى من وجود عامل العزلة الاجتماعية وأن النشاط الحركى المفرط يوجد بدرجات عالية عندهم.

مدى استفادة البحث:

- معرفة وضع الطفل التوحدى فى مصر.
- تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الهامة فى مصر والتى تقوم بوصف سلوك الأطفال التوحديين والتى اتضح منها أن هؤلاء الأطفال يعانون من النشاط المفرط مع وجود عامل العزلة الاجتماعية لديهم.

(٢٥) دراسة هدى أمين عبد العزيز: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم (الذاتوية)"

الهدف من الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الوصول لمتغيرات لها دلالة فى تشخيص الأطفال المصابين بالتوحد كما تهدف إلى دراسة التاريخ الارتقائى للأطفال المصابين بالتوحد وخصائص هؤلاء الأطفال فى النواحى النمائية والسلوكية والإدراكية.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٣٧) طفل توحدى تتراوح أعمارهم ما بين ١٥:٣ سنة، و (٣٧) طفل سوى وتتراوح أعمارهم ما بين ٣:١٥ سنة أيضاً.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أن هناك فروق فى النواحى النمائية المختلفة لمقياس السلوك التكيفى لصالح مجموعة الأطفال الأسوياء على جميع الأبعاد. أما فى النواحى السلوكية لمقياس السلوك التكيفى جاءت الفروق دالة لصالح مجموعة الأطفال المصابين بالتوحد على جميع الأبعاد ما عدا بعدى السلوك الشاذ جنسياً وسلوك لا يوثق به حيث لم تظهر فروق دالة بين مجموعتى البحث على هذين البعدين.

مدى استفادة الباحث:

تؤكد هذه الدراسة على أهمية التشخيص المبكر للطفل التوحدى وأيضاً التشخيص المبكر للسلوك التكيفى لديه حتى يمكن التدخل والحد من الاضطرابات السلوكية والتى أكدت هذه الدراسة على وجودها بنسبة أكبر لدى الطفل التوحدى مقارنة بأقران الطفل من الأسوياء.

(٢٦) دراسة ماجد السيد على عمارة: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل المنغلق نفسياً (التوحدى)"

الهدف من الدراسة:

أ-تشخيص بعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل التوحدى وهى الذكاء – الإدراك – الانتباه – اللغة – النضج الاجتماعى – الخصائص السلوكية.

ب-وضع قائمة لتشخيص حالات التوحد وكذلك قائمة للتشخيص الفارق.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٧) أطفال يعانون من التوحد منهم ٤ ذكور، و(٣) إناث تتراوح أعمارهم ما بين ٩:١٢ سنة.

نتائج الدراسة:

أ-اتسم الإدراك والانتباه لدى هؤلاء الأطفال بالاضطراب وكذلك اللغة وأيضاً اتسم النضج الاجتماعى بالقصور الواضح.

ب-كما اتسم السلوك لديهم بالانسحابية الشديد وبالنمطية مع ظهور العادات الغريبة وغير المقبولة.

جـ-واتسم أيضاً سلوكهم بإيذاء الذات والنشاط الحركى المفرط.

مدى استفادة الباحث:

١- ترجمت هذه الدراسة مصطلح Autism بالطفل المنغلق نفسياً بدلاً من الطفل التوحدى وهذا إضافة إلى قائمة المصطلحات المترجمة لكلمة Autism.

٢- أكدت هذه الدراسة أن الطفل التوحدى يعانى من بعض الاضطرابات السلوكية مثل الانسحاب من المواقف الاجتماعية وبالنمطية وبإيذاء الذات والنشاط الحركى المفرط مع قصور فى النضج الاجتماعى وهذا ما سوف يضعه الباحث فى الاعتبار عند تصميم مقياس الاضطرابات السلوكية.

(٢٧) دراسة السيد عبد العزيز مصطفى: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"اضطرابات بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتويين".

الهدف من الدراسة:

مقارنة اضطرابات بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتويين والأطفال المتخلفين عقلياً والفصاميين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفل توحدى تتراوح أعمارهم ما بين ١٢:٣ سنة وقد تمت مراعاة التكافؤ بين المجموعات من حيث المستوى الاقتصادى والاجتماعى ومستوى الذكاء.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أن الطفل التوحدى يعانى من بضع الاضطرابات فى الوظائف المعرفية بعلاقتها بمستوى التوافق أكثر من معاناة الطفل الفصامى والطفل المتخلف عقلياً.

مدى استفادة الباحث:

يعتبر الطفل التوحدى هو أكثر الأطفال معاناة من قصور فى التوافق وذلك مقارنة بالأطفال الفصاميين والمتخلفين عقلياً والأسوياء.

(٢٨) دراسة أميرة طه بخش: (٢٠٠١)

عنوان الدراسة:

"دراسة تشخيصية مقارنة فى السلوك الانسحابى للأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقلياً"

الهدف من الدراسة:

تشخيص الأداء الفارق للأطفال التوحديين وأقرانهم من المتخلفين عقلياً فيما يتعلق بالانسحاب الاجتماعى.

عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة ٤٦ طفلاً بواقع ٢٣ طفل لكل مجموعة من مجموعتى الدراسة من الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً، وتراوحت أعمارهم ما بين ١٤:٨ سنة.

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين المجموعتين فى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وفى الدرجة الكلية للسلوك الانسحابى وذلك لحساب الأطفال التوحديين فى الحالات الثلاثة حيث كانوا هم الأكثر انسحاباً من أقرانهم المتخلفين عقلياً.

مدى استفادة الباحث:

أكدت هذه الدراسة على أن الأطفال التوحديون يعانون بشدة من القصور فى المواقف والتفاعلات الاجتماعية بالإضافة إلى انسحابهم من المواقف الاجتماعية مقارنة بأقرانهم من الأطفال المتخلفين عقلياً مما يشير إلى أن هؤلاء الأطفال فى أشد الحاجة للتدخل ووضع البرامج العلاجية لهم.

(٢٩) دراسة عادل عبد الله محمد: (٢٠٠٢)

عنوان الدراسة:

"بعض أنماط الأداء السلوكى الاجتماعى للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً".

الهدف من الدراسة:

التعرف على الفروق فى بعض أنماط الأداء السلوكى الاجتماعى والتى تمثلت فى التفاعلات الاجتماعية والانسحاب بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً كمحاولة لاتخاذ الأداء السلوكى الاجتماعى كأحد المؤشرات التشخيصية الفارقة بين هاتين الفئتين.

عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة ٢٤ طفلاً منهم ١٢ طفلاً يشكلون مجموعة الأطفال التوحديين، و(١٢) طفلاً يمثلون مجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً وتراوحت أعمارهم ما بين ٨:١٣ سنة.

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة أن الأطفال التوحديون أكثر انسحاباً فى المواقف الاجتماعية وأقل فى التفاعلات الاجتماعية مقارنة بأقرانهم من الأطفال المتخلفين عقلياً.

مدى استفادة الباحث:

الاستفادة من هذه الدراسات التشخيصية فى وضع البرامج العلاجية لفئة الأطفال التوحديين.

(٣٠) دراسة عادل عبد الله محمد: (٢٠٠٢)

عنوان الدراسة:

"بعض الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً – دراسة تشخيصية مقارنة".

الهدف من الدراسة:

التوصل إلى تشخيص فارق بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً وذلك فى بعض الخصائص النفسية والاجتماعية والتى حددتها الدراسة فى المهارات الاجتماعية وأبعادها، والسلوك العدوانى وأبعاده، والنشاط الزائد وأبعاده.

عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من مجموعتين متساويتين فى العدد تضم إحداهما الأطفال التوحديين وعددهم (١٥) طفل والمجموعة الأخرى من الأطفال المتخلفين عقلياً وعددهم (١٥) طفل.

نتائج الدراسة:

توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً فى المهارات الاجتماعية وأبعادها والسلوك العدوانى وأبعاده لصالح الأطفال المعاقين عقلياً بينما النشاط الزائد وأبعاده "باستثناء بعد كثرة الحركة" لصالح الأطفال التوحديين.

مدى استفادة الباحث:

أشارت هذه الدراسة إلى أن الطفل التوحدى يعانى من بعض الاضطرابات السلوكية مثل: السلوك العدوانى وأبعاده، والنشاط الزائد وأبعاده، والمهارات الاجتماعية وأبعادها وهذا ما سوف يصفه الباحث عند تصميم مقياس الاضطرابات السلوكية ومما يدل أيضاً إلى حاجة هؤلاء الأطفال إلى برامج علاجية وتربوية مكثفة.

ثانياً: الدراسات الخاصة بالأطفال التوحديين والعلاج باللعب:

(٣١) دراسة Sogam and Kawai : (١٩٦٧)

عنوان الدراسة:

"علاج فردى عن طريق اللعب لطفل توحدى"

الهدف من الدراسة:

التأكد من فاعلية علاج فردى يقوم على اللعب لطفل توحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من طفل توحدى فقط.

نتائج الدراسة:

أكدت الدراسة على فعالية العلاج باللعب للأطفال المعاقين بصفة عامة والطفل التوحدى بصفة خاصة وحل الصدمات لديهم عن طريق تجسيد التحرر من القيود الشكلية وتنمية السيطرة والتحكم فى النزوات والبواعث.

(Allan and Berry, 1987)

مدى استفادة الباحث:

أن العلاج باللعب يساعد فى تخليص الطفل عن تمركزه حول ذاته وزيادة تواصله وتفاعله مع الآخرين كما أكدت على أهمية بعض الألعاب مع الطفل التوحدى ومن أهمها اللعب بالرمل وهذا ما سيضعه الباحث فى الاعتبار عند تقييم البرنامج العلاجى باللعب.

(٣٢) دراسة Dawson, et al: (١٩٩٠)

عنوان الدراسة:

"تقييم استخدام الأمهات لألعاب التقليد لتسهيل التفاعل الاجتماعى ولعب الأطفال للأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

زيادة فعالية استخدام الأمهات للألعاب وخاصة التقليد لزيادة التفاعل الاجتماعى لدى الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٥) طفل توحدى.

نتائج الدراسة:

أظهرت الدراسة أن هناك زيادة ملحوظة فى فترات النظر فى وجوه الأمهات، وزيادة فترات الانتباه، وقد أظهرت معظم الحالات استجابة إيجابية لتلك الاستراتيجية.

مدى استفادة الباحث:

تتضح أهمية اللعب سواء كان عن طريق الآباء أو عن طريق متخصصين يأتى بنتائج إيجابية مع الطفل التوحدى ومن أهمها إطالة فترات التواصل والانتباه لديه بشكل فعال.

(٣٣) دراسة Goldsteim and Cisor: (١٩٩٢)

عنوان الدراسة:

"الارتقاء من خلال التدخل باللعب الجماعى التمثيلى: تدريس النصوص إلى أطفال ما قبل المدرسة وزملائهم فى فصل المعاقين".

الهدف من الدراسة:

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير التدريس من خلال اللعب الدرامى على ٣ مجموعات من الأطفال "عاديين – توحديين – معاقين".

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من الأطفال العاديين والأطفال المعاقين والأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن ازدياد مهارات الاتصال اللغوى والاجتماعى لدى هؤلاء الأطفال من خلال اللعب الدرامى التمثيلى.

مدى استفادة الباحث:

مناسبة اللعب لكافة الأطفال سواء أسوياء أو معاقين أو توحديين لما يحققه من نتائج عالية فى كافة الأغراض.

(٣٤) دراسة Ryuji, Kaboyashi, et al: (١٩٩٢)

عنوان الدراسة:

"دراسة تتبعية لـــ (٢٠١) من الأطفال التوحديين"

الهدف من الدراسة:

التأكد من فاعلية جلسات العلاج الجمعى واللعب الحر فى تحســين الأداء الوظيفى المعرفى للطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٢٠١ طفل من الأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

أشارت النتائج إلى أن الأطفال التوحديون أظهروا تحســن فــى أدائهــم الوظيفى المعرفى.

مدى استفادة الباحث:

تتضح أهمية اللعب سواء الحر أو الجمعى بالنسبة للطفل التوحدى ومــا يحققه من نتائج إيجابية وفعالة مع هؤلاء الأطفال.

(٣٥) دراسة Lewy, Dawson: (١٩٩٢)

عنوان الدراسة:

"التنبيه الاجتماعى وزيادة الانتباه لدى الطفل التوحدى"

الهدف من الدراسة:

الكشف عن طبيعة الاستثارة الاجتماعية والانتباه لدى الأطفال التوحديين من خلال اللعب الحر مع الوالدين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٢٠ طفل توحــدى و (٢٠) طفــل مصـــابون بمتلازمة داون، و (٢٠) طفل سوى.

نتائج الدراسة:

توصلت النتائج إلى أن زيادة مستوى وظائف الانتباه تتوقف على مـدى تعاون القائمين على رعاية الأطفال من خلال مواقف التفاعل المباشر، كمـا أن الأطفال التوحديون أظهروا قصوراً واضحاً فى استجاباتهم للاندماج الاجتمـاعى بالمقارنة بمجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً ومجموعة الأطفال الأسوياء مما يشير إلى تأثر مستويات التوافق العام لدى هؤلاء الأطفال.

مدى استفادة الباحث.

اشتراك الوالدين والقائمين على رعاية الطفل التوحدى فى اللعب يسـاعد فى تحقيق التفاعل الاجتماعى وزيادته لدى الطفل التوحدى وهذا ما سوف يضعه الباحث فى الاعتبار عند تصميم البرنامج العلاجى باللعب.

(٣٦) دراسة Creedon, Margaret: (١٩٩٣)

عنوان الدراسة:

"نظام التواصل فى وقت واحد لزيادة اللغة غير اللفظية لـدى الأطفـال التوحديين"

الهدف من الدراسة:

تدريب مجموعة من الأطفال التوحديين على برنامج للتواصـل بغـرض تحسين مهاراتهم الاجتماعية والتخلص من بعـض السـلوكيات غيـر المقبولـة اجتماعياً ومن بينها إيذاء الذات.

عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة من ٢١ طفلاً توحدياً.

نتائج الدراسة:

من خلال الألعاب والأنشطة الحركية والفنية والاجتماعية تخلص هـؤلاء الأطفال من سلوك إيذاء الذات كما زاد نشاطهم الاجتماعى.

مدى استفادة الباحث:

تنوع الألعاب والأنشطة يساعد فى الحد من السلوكيات غير المناسبة مثل سلوك إيذاء الذات لدى الطفل التوحدى حيث أن التنوع فى الألعاب يتناسب ومـع

طبيعة هؤلاء الأطفال وهذا ما سوف يضعه الباحث فى الاعتبار عند تصميم البرنامج.

(٣٧) دراسة Aubyn, Stahmer : (١٩٩٥)

عنوان الدراسة:

"تعليم المهارات والألعاب الرمزية للأطفال التوحديين باستخدام التدريبات"

الهدف من الدراسة:

التأكد من جدوى تعليم مهارات اللعب الرمزى فى علاج الخلل الوظيفى المعرفى للأطفال التوحديين.

عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على ١٧ طفل توحدى.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أن تدريب الأطفال على اللعب الرمزى قد ساعد فى تحسين مهارات التفاعل لديهم.

مدى استفادة الباحث:

أكدت هذه الدراسة على أن تدريب الطفل على اللعب يساعد فى علاج كافة أنواع الخلل أو الاضطرابات الذى يعانى منه.

(٣٨) دراسة Danielle-Tharp: (١٩٩٥)

عنوان الدراسة:

"مدى تأثير اللعب الاجتماعى الدرامى على الأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

تقديم مجموعة من الألعاب الدرامية لتنمية مهارات الاتصال اللغوى لدى الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٣) أطفال فقط.

نتائج الدراسة:

توصلت النتائج إلى أن هناك تغيرات إيجابية فى اللعب واللغة والمهارات الاجتماعية بعد البرنامج والذى يحتوى على اللعب الدرامى.

مدى استفادة الباحث:

أهمية اللعب الدرامى تظهر أيضاً فى هذه الدراسة وما تؤدى إليه من تنمية المهارات اللغوية والاجتماعية لدى الطفل التوحدى وهذا ما سيجعل الباحث أن ينوع فى البرنامج العلاجى باللعب بحيث يشمل على العديد من الألعاب سواء الدرامية أو الرمزية أو الحركية ... الخ بحيث يحقق البرنامج الأثر الفعال والمرجو منه.

(٣٩) دراسة Magda, Cambell: (١٩٩٦)

عنوان الدراسة:

"علاج الاضطراب التوحدى"

الهدف من الدراسة:

التأكد من فعالية خطة علاجية شاملة تشمل العلاج الأسرى والعلاج السلوكى والعلاج باللعب فى تعديل أنماط السلوك النمطى مع تنمية المهارات الاجتماعية.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

توصلت النتائج إلى أن خطة العلاج المتكاملة قد ساعدت الطفل التوحدى على تعديل أنماط السلوك النمطى مع تحسن فى اكتساب المهارات الاجتماعية.

مدى استفادة الباحث:

تدل هذه الدراسة على أهمية اشتراك جميع الأطراف المعينة بالطفل التوحدى حتى تؤتى البرامج العلاجية ثمارها المرجوة منها.

(٤٠) دراسة Renny-Hogen: (١٩٩٧)

عنوان الدراسة:

"التفكير الغير شفهى، الاتصال، المحاكاة، مهارات اللعب للأطفال التوحديين من وجهة النظر التطورية".

الهدف من الدراسة:

إلقاء الضوء على مراحل التطور فى التفكير الغير شفهى أو البصرى أو الاتصال والمحاكاة واللعب بالنسبة للأطفال التوحديين أو الغير توحديين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة إلى وضع أنشطة بسيطة للأطفال التوحديين التى تتضمن نماذج من طرق التعليم المختلفة والتى يمكن أن تتلاءم بالنسبة للمستويات التطورية.

مدى استفادة الباحث:

كلما كانت الأنشطة والألعاب بسيطة كلما حققت الهدف المرجو منها سواء مع الأطفال العاديين أو الأطفال التوحديين.

(٤١) دراسة Willemsen, Swinkels: (١٩٩٧)

عنوان الدراسة:

"مقارنة بين ثلاث مجموعات من الأطفال ذوى الإعاقات الارتقائية والأطفال الذين يعانون من صعوبات لغوية، والأطفال التوحديين من حيث تلقى الرعاية سواء كانت مكثفة أو عادية من قبل المختصين".

الهدف من الدراسة:

معرفة أى من المجموعات الثلاثة يحتاج إلى جلسات اللعب التفاعلى بصورة مكثفة عن المجموعتين الأخريين.

عينة الدراسة:

ثلاث مجموعات من الأطفال "التوحديين، وذوى الإعاقات الارتقائية، والذين يعانون من صعوبات لغوية".

نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة إلى أنه بالرغم من القصور اللغوى الشديد لدى الطفل التوحدى إلا أن بعض أفراد المجموعة كانوا يلعبون مع المدرسين والوالدين ولكنه لعب يفتقد إلى التفاعل الاجتماعى هذا بالمقارنة بنط اللعب لدى مجموعة الأطفال ذوى الإعاقات الارتقائية وذوى الصعوبات اللغوية.

مدى استفادة الباحث:

تشير هذه الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين فى حاجة إلى أن تكون البرامج العلاجية المخصصة لهم مكثفة ومتواصلة سواء من قبل الوالدين أو المدرسين حتى تؤتى هذه البرامج العلاجية ثمارها المرجوة منها.

(٤٢) دراسة Pierce and Schreibman: (١٩٩٧)

عنوان الدراسة:

"استخدام زوجين من المدربين لتحسين السلوك الاجتماعى لدى الأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الاستعانة بمدربين لتحسين السلوك الاجتماعى لدى الأطفال التوحديين مركزة على السلوك الاجتماعى المصاحب كاللغة واللعب.

عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة اثنين من الأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

بعد ثلاث أشهر من المتابعة أوضحت النتائج ازدياد اللغة كماً وكيفاً كما حدث نفس التحسن فى اللعب وأشارت النتائج أيضاً أن تدخل الرفاق يكون ذو كفاءة وفعالية فى تحقيق النتائج المطلوبة.

مدى استفادة الباحث:

دمج الأطفال التوحديين مع أقران أسوياء وخاصة فى المواقف التى تتسم باللعب والمرح يساعد على تحقيق السلوكيات المرغوبة لدى الطفل التوحدى.

(٤٣) دراسة Wimpory, Dawn: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"العلاج بالموسيقى والعلاج باللعب للأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

التأكد من فعالية العلاج بالموسيقى والعلاج باللعب فى تنمية اللغة والتواصل الفعال مع الآخرين لدى الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

طفلة تعانى من أعراض التوحد.

نتائج الدراسة:

أثبتت النتائج أن العلاج بالموسيقى والعلاج باللعب التفاعلى قد حقق الأهداف المرجوة ألا وهى تنمية اللغة والتواصل الفعال مع الآخرين.

(٤٤) دراسة Buhagiar, Nathalie: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"تجارب علاجية لعلاج الأطفال التوحديين"

الهدف من الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على أفضل الطرق لعلاج الاضطراب التوحدى والمشاكل التى يتعرض لها المعالجون وما هو رأى المعالجين فى طرق وأساليب العلاج المختلفة مع الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على مجموعة من الأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

قد أوضحت النتائج أن أربعة طرق علاجية حققت نتائج إيجابيــة دالــة وهى:

أ-العلاج باللعب. ب-العلاج بالعمل.

جـ-العلاج الأسرى. د-العلاج بالتكامل الحسى.

كما اتضح أن اشتراك الآباء فى البرنامج العلاجى لأطفالهم كان له أثــر إيجابى فعال. كما أن تقييم الطفل لا بد وأن يكون داخل المنزل والمدرسة.

مدى استفادة الباحث:

تؤكد الدراسة السابقة على فعالية العلاج باللعب مع الأطفال التوحــديين لكونها تتناسب مع طبيعة وميول هؤلاء الأطفال مع التأكيد على أهمية اشــتراك الوالدين فى اللعب مع أطفالهم.

(٤٥) دراسة Carter. C: (٢٠٠١)

عنوان الدراسة:

"استخدام حرية اختيار الألعاب من جانب الأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

محاولة إدخال الأطفال التوحديين فى اللعب الدرامى أو أى نوع من اللعب بحيث يبدءوا بأى استجابة تجاه الآخرين فى اللعب.

عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على (٨) من الأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

أشارت النتائج إلى أن عنصر التفضيل والاختيار مــن جانــب الطفــل التوحدى قد ساعد على حدوث تفاعلات إيجابية فى اللعب مــع حــدوث تحســن ضئيل فى التفاعلات اللغوية، الأمر الذى يؤكد على فاعلية استخدام اللعــب مــع الأطفال التوحديين.

مدى استفادة الباحث:

أن إعطاء الفرصة للطفل التوحدى ولو لبعض الوقت فى اختيار ألعابه يزيد من ثقته بنفسه ويزيد من تفاعلاته وتجاربه مع الآخرين وهو ما سيضعه الباحث فى الاعتبار عند تصميم البرنامج.

ثالثا: دراسات خاصة بعلاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين بطرق مختلفة:

(٤٦) دراسة Lovaas and Smith: (١٩٨٨)

عنوان الدراسة:

"تحسين العيوب السلوكية وتحقيق اندماج اجتماعى أفضل للأطفال التوحديين"

الهدف من الدراسة:

تحسين العيوب السلوكية التى تشمل العدوانية، والاستثارة الذاتية عن طريق تجاهلها وتعليم الأطفال بدائل أخرى أكثر قابلية.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من الأطفال التوحديين بكل مجموعة ١٩ طفل.

نتائج الدراسة:

توصلت النتائج إلى أن الأطفال الذين تلقوا تدريب مكثف حققوا نتائج أفضل، ومستوى تعليمى عالى مع مستوى ذكاء أفضل من المجموعتين الأخرتين اللتين لم تختلفا من حيث النتائج.

(نقلاً عن إلهامى عبد العزيز، ٢٠٠١، ص٢٣٧)

مدى استفادة الباحث:

إن الطفل التوحدى فى حاجة إلى تدريب مكثف ومستمر حتى نحقق النتائج المرغوبة.

(٤٧) دراسة Walters et al: (١٩٩٠)

عنوان الدراسة:

"تقرير حالة عن العلاج بالعقاقير على سلوك إيـــذاء الـــذات والســـلوك الانسحابى لطفل توحدى"

الهدف من الدراسة:

التعرف على فعالية العلاج بالعقاقير على سلوك إيذاء الـــذات والســـلوك الانسحابى لطفل توحدى.

عينة الدراسة:

طفل توحدى يعانى أيضاً من تخلف عقلى.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج حدوث انخفاض دال فى سلوك إيذاء الـــذات والســـلوك الانسحابى بالإضافة إلى حدوث زيادة واضحة ودالة فى علاقاته الاجتماعية مـــع الآخرين.

مدى استفادة الباحث:

أن العقار حقق الأثر المطلوب ولكنه على المدى القريب ولكن بعد زوال أثر العقار يظهر سلوك إيذاء الذات مرة أخرى مما يؤكد على أهميـــة البـــرامج العلاجية والسلوكية ومدى استمراريتها فى تحقيق النتائج المطلوبة.

(٤٨) دراسة Matson et al: (١٩٩٠)

عنوان الدراسة:

"تعليم مهارات مساعدة الذات لدى الأطفال التوحديين والمتخلفين عقلياً"

الهدف من الدراسة:

التأكد من فعالية التدريب على مهارات مساعدة الذات للأطفال التوحديين والمتخلفين عقلياً.

عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة (١٠٤) طفلاً من الفئتين معاً وتتراوح أعمارهم مـــا بين ٤:١١ سنة.

نتائج الدراسة:

أسفرت النتائج عن فعالية التدريب على مهارات مساعدة الذات وإجراءات تعديل السلوك وإكساب المهارات المستهدفة للمفحوص فى تعديل بعض المظاهر السلوكية غير المقبولة اجتماعياً وفى مقدمتها السلوك العدوانى.

مدى استفادة البحث:

أن استخدام فنيات النموذج والشرح اللفظى للسلوك المطلوب واتباع التعليمات هو ما سوف يراعية الباحث عند تصميم البرنامج العلاجى باللعب.

(٤٩) دراسة Koegel and Koegel: (١٩٩٠)

عنوان الدراسة:

"فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تعليم الأطفال التوحديين الضبط الذاتى، والتقليل من الأنماط السلوكية النمطية (التكرارية)"

الهدف من الدراسة:

التأكد من فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى تعديل السلوك مع الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال توحديين ومثلهم من الأطفال المتخلفين عقلياً وتتراوح أعمارهم ما بين ٩:١٤ سنة.

نتائج الدراسة:

وقد أظهرت النتائج نقص معدل ظهور السلوك النمطى، واستمرار هذا الانخفاض فى المواقف الجديدة بعد انتهاء البرنامج، وأظهرت الملاحظة لأفراد العينة. تعلم اثنين منهم إجراءات الضبط الذاتى للسلوك فى المواقف الجديدة.

مدى استفادة الباحث:

أن الطفل التوحدى مثله مثل أى طفل قابل لتعديل سلوكه ولكنه فى حاجة إلى رعاية وتدريب مكثفين وفى حاجة إلى مشاركة الأهل والمختصين مما يحقق فى المدى البعيد النتائج المطلوبة.

(٥٠) دراسة Lovaas et al: (١٩٩٣)

عنوان الدراسة:

"دراسة التأثير طويل المدى للتدخلات السلوكية المكثفة والمبكرة لعلاج الأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

التأكد من فعالية العلاج السلوكي مع الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ١٩ طفل توحدي كمجموعة تجريبية و ١٩ طفل توحدي كمجموعة ضابطة.

نتائج الدراسة:

توصلت النتائج إلى أن المجموعة التجريبية حافظة على ما تم اكتسابه خلال التدخلات السلوكية من تحسن في السلوك وتفاعل أفضل.

مدى استفادة الباحث:

إمكانية تعديل السلوك اللاتوافقي لدى الطفل التوحدي باستخدام البرامج العلاجية المصحوبة بالتعزيز والتدريب المستمر.

(٥١) دراسة Andrews: (١٩٩٣)

عنوان الدراسة:

"التدخل السلوكي وتأثيره في علاج السلوكيات غير المقبولة لدى الطفل التوحدي".

الهدف من الدراسة:

هدفت الدراسة إلى تقليل السلوكيات غير الملائمة لدى الطفل التوحدي.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال توحديين.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أن التدخلات السلوكية أثبتت فاعليتها فى الحد من السلوكيات الغير مقبولة والتى تتسم بسوء التوافق، كما أثبت أن تدعيم السلوكيات المقبولة ساعد على استمرارها لدى الطفل التوحدى.

مدى استفادة الباحث:

تبين الدراسة السابقة فعالية تعزيز وتدعيم السلوك المطلوب مما يساعد على استمراره مما يدل على أن هذه الأساليب من المفضل استخدامها فى البرامج العلاجية التى تقدم للطفل التوحدى.

(٥٢) دراسة Down, Wimpory et al: (١٩٩٦)

عنوان الدراسة:

"العلاج بالتدخل الموسيقى لدى الأطفال التوحديين"

الهدف من الدراسة:

التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديين (ذكور وإناث).

نتائج الدراسة:

ساعد العلاج بالموسيقى على النمو الاجتماعى والرمزى لدى الذكور والإناث كما زاد من التواصل الشخصى وزاد أيضاً من تركيز الانتباه عن طريق التزامن الحركى مع الموسيقى مما أدى إلى انخفاض حدة الاضطرابات السلوكية لديهم.

مدى استفادة الباحث:

تدل هذه الدراسة على أهمية إدخال العنصر الموسيقى فى البرامج العلاجية حيث أنها محببة لدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وذلك حتى يمكن تحقيق أفضل النتائج معهم.

(٥٣) دراسة Ball and James: (١٩٩٦)

عنوان الدراسة:

"زيادة التدخلات الاجتماعية فى مرحلة ما قبل المدرسة للأطفال التوحديين من خلال العلاقات مع الأنداد المتطورين".

الهدف من الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى تحسين المهارات الاجتماعية لدى بعض التوحديين مع غيرهم من الأطفال الطبيعيين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال توحديين، و (٨) أطفال طبيعيين.

نتائج الدراسة:

توصلت النتائج إلى أن (٧) من الأطفال التوحديون تحسنت أحوالهم فى (٤) نقاط وهى:

أ-الاحتكاك بالعين. ب-مهارات اللعب الرمزى.

جـ-تبادل الأدوار د-الاستجابات الشفهية وغير الشفهية.

مدى استفادة الباحث:

تتضح أهمية دمج الأطفال المعاقين مع الأطفال الطبيعيين حتى ولو لبعض الوقت يساعدهم على تعديل سلوكهم حتى يصبحوا أكثر توافقاً مما ينعكس على تعاملاتهم مع أقرانهم الطبيعيين.

(٥٤) دراسة Sweeney, Dwight, P.: (١٩٩٨)

عنوان الدراسة:

"أثرت استخدام العقاقير لعلاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين، وزملة توريت واضطرابات النمو الارتقائية".

الهدف من الدراسة:

التأكد من فعالية العقاقير فى علاج الاضطرابات السلوكية لدى مجموعة من الأطفال التوحديين والأطفال ذوى اضطرابات النمو الارتقائية، والأطفال ذوى زملة توريت.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ثلاثة مجموعات من الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة "توحد – زملة توريت – اضطرابات النمو الارتقائى".

نتائج الدراسة:

أشارت النتائج إلى أن ١٥%: ٢٠% من الأطفال أظهروا صعوبات خاصة بالتعلم نتيجة الجوانب السلبية لهذه العقاقير بالرغم من أنها ساعدت فى الإقلال من حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال.

مدى استفادة الباحث:

تدل الدراسة السابقة أن العقاقير لها جوانب سلبية كما أن تأثيرها يزول بعد زوال أثر العقار وهذا يشير أن من أفضل طرق العلاج مع هؤلاء الأطفال هى البرامج العلاجية والسلوكية.

(٥٥) دراسة Wheeler and Carter: (١٩٩٨)

عنوان الدراسة:

"استخدام جداول النشاط المصورة فى الفصول لتعليم الطفل التوحدى كمنهج لتنمية السلوك الإيجابى".

الهدف من الدراسة:

التأكد من فعالية الجداول المصور مع الأطفال التوحديين ومساعدتهم على الانغماس فى أداء المهام المتضمنة.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن الأطفال التوحديون قد اكتسبوا السلوك الاستقلالى على أثر تعلمهم استخدام جداول النشاط كما قلت حدة بعض السلوكيات غير المقبولة لديهم بشكل واضح مما ساعد هؤلاء الأطفال على التعامل مع الآخرين والتواصل معهم بشكل جيد.

مدى استفادة الباحث:

أن التدريب المستمر وتعزيز السلوكيات المرغوبة يساعد على تـدعيمها بشكل فعال.

(٥٦) دراسة Edelson et al: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"تدريبات الدمج الشاملة للأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

حدوث انخفاض دال فى السلوكيات الاجتماعية غيـر المناسـبة ومنهـا السلوك الانسحابى والسلوك العدوانى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ١٩ طفل توحدى.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج حدوث نقص دال فى تلك السلوكيات غير الملائمة ومنها السلوك الانسحابى والعدوانى وذلك كما تعكسه درجاتهم علـى قائمـة السـلوك المنحرف أو غير الملائم.

مدى استفادة الباحث:

تتضح أهمية الموسيقى مع اللعب فى تحقيق النتائج المرغوبة مع الأطفال التوحديين.

(٥٧) دراسة McCloskey, Dale, S. : (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

فعالية برنامج للتواصل البيئى على السلوك الانسـحابى لـدى الأطفـال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

التعرف على فعالية برنامج للتواصل البيئى فـى الحـد مـن السـلوك الانسحابى لدى الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديين.

نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن البرنامج قد شجع الأطفال التوحديين على الاشتراك فى المزيد من الأنشطة، كما زادت تفاعلاتهم الاجتماعية وقل سلوكهم الانسحابى.

مدى استفادة الباحث:

الأنشطة التى تقترب من بيئة الطفل تزيد من قدرته على التفاعل والتواصل معها.

(٥٨) دراسة Weiskop, Sophie: (٢٠٠١)

عنوان الدراسة:

"علاج اضطرابات النوم لدى طفل توحدى باستخدام الإجراءات السلوكية"

الهدف من الدراسة:

التعرف على فعالية المبادئ السلوكية فى الحد من اضطرابات النوم لدى الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

ضمت عينة الدراسة (٥) أطفال توحديين وجميعهم من الذكور.

نتائج الدراسة:

ثبت البرنامج الذى تم وضعه للطفل التوحدى والذى يحتوى على القواعد السلوكية فاعليته فى الحد من اضطرابات النوم لدى الطفل.

مدى استفادة الباحث:

أن التشجيع والتدعيم والتعزيز جميعها إجراءات هامة لا بد من الأخذ بها فى كافة البرامج العلاجية التى توضع للطفل التوحدى.

(٥٩) دراسة Escalona, Angelica: (٢٠٠١)

عنوان الدراسة:

"تعديل السلوك لدى الطفل التوحدى باستخدام العلاج بالتدليك".

الهدف من الدراسة:

التأكد من فاعلية العلاج بالمساج أو بالتدليك فى تعديل سلوك الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على ٢٠ طفل كمجموعة تجريبية وضابطة فى آن واحد.

نتائج الدراسة:

أشارت النتائج أن العلاج بالمساج أدى إلى أدى إلى خفض حدة المشكلات السلوكية كالنشاط الزائد ومشكلات النوم.

مدى استفادة الباحث:

نكتشف من الدراسة السابقة مدى أهمية الرياضة أو الألعاب الحركية مع الطفل التوحدى وكذلك تدريبات التنفس فى تعديل سلوك الطفل التوحدى.

(٦٠) دراسة عبد الفتاح علي غزالي: (١٩٩٧)

عنوان الدراسة:

"مدى فاعلية برنامج المرافقة لإنماء العلاقات الاجتماعية لدى بعض الأطفال التوحديين.

الهدف من الدراسة:

وضع مقياس للتشخيص الفارق بين الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً، ووضع برنامج مقترح لتخفيف حدة أعراض التوحدية.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً توحدياً، و (٢٠) طفلاً متخلفاً عقلياً، و (٤٠) طفلاً عادياً.

نتائج الدراسة:

ساعد برنامج المرافقة على التخفيف من حدة التوحدية لدى أطفال العينة التجريبية من الأطفال التوحديين.

مدى استفادة الباحث:

تشير الدراسة السابقة إلى أهمية وضع البرامج العلاجية لهذه الفئة من الأطفال بما يتناسب مع ميولهم وقدراتهم وذلك لأن الطفل التوحدى هو أكثر الأطفال فى المجموعات الثلاثة فى حاجة إلى تدريب مكثف ومستمر حتى نحقق النتائج المرغوبة.

(٦١) دراسة إسماعيل محمد بدر: (١٩٩٧)

عنوان الدراسة:

"مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد".

الهدف من الدراسة:

التأكد من فاعلية العلاج بالحياة وهو نموج يابانى فى تحسين حالات الأطفال الذين يعانون من التوحد.

عينة البحث:

تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال ذكور يعانون من التوحد.

نتائج الدراسة:

حقق البرنامج نتائج إيجابية على أبعاد قائمة المظاهر السلوكية الأربعة "الاضطرابات الانفعالية، الاضطرابات الاجتماعية، الاضطرابات فى اللغة، الأنماط السلوكية النمطية" حيث ساعد البرنامج على التقليل من حدة هذه الاضطرابات.

مدى استفادة الباحث:

أكدت الدراسة السابقة على إمكانية علاج كافة الاضطرابات التى يعانى منها الطفل التوحدى وذلك عن طريق دمج هؤلاء الأطفال حتى ولو لبعض الوقت مع أقرانهم من الأسوياء وعدم عزلتهم عنهم.

(٦٢) دراسة عبد المنان ملا معمور: (١٩٩٧)

عنوان الدراسة:

"فاعلية برنامج سلوكى تدريبى فى تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

التحقق من فاعلية برنامج سلوكى تدريبى يعمل على تخفيف حدة القلق، والسلوك العدوانى، والنشاط الحركى المفرط، وضعف الانتباه، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفل توحدى من الأطفال السعوديين.

نتائج الدراسة:

ساعد البرنامج على خفض حدة كل من القلق، وضعف الانتباه، والسلوك العدوانى، والنشاط الحركى المفرط كما زاد من قدرة الأطفال على التفاعل والتواصل مع الآخرين.

مدى استفادة الباحث:

أكدت هذه الدراسة على معاناة الطفل التوحدى من بعض الاضطرابات السلوكية وهو ما سيضعه الباحث فى الاعتبار عند تصميم مقياس الاضطرابات السلوكية وتبين هذه الدراسة مدى حاجة هؤلاء الأطفال إلى العديد من البرامج العلاجية والتى تتناسب مع ميولهم وقدراتهم.

(٦٣) دراسة جمال شكرى محمد: (١٩٩٨)

عنوان الدراسة:

"تجربة سلوكية لتعديل السلوك الاجتماعى للطفل التوحدى (دراسة حالة)".

الهدف من الدراسة:

التعرف على فعالية أساليب التعديل السلوكى فى خدمة الفرد فى تعديل سلوك الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

طفل توحدى (ذكر).

نتائج الدراسة:

ساعدت هذه التجربة على انخفاض سلوك التظاهر بعدم السمع لدى الطفل التوحدى كما ساعد على اختلاط الطفل التوحدى مع الآخرين وزيادة التواصل البصرى بشكل أفضل أثناء حديثه مع الآخرين وقلت حدة النشاط الزائد مما انعكس على توافقه العام بشكل أفضل.

مدى استفادة الباحث:

أن دراسة الحالة للطفل التوحدى تعتبر من الضروريات وذلك لتعرف على كافة الظروف المحيطة به وبالآخرين مما ينعكس ذلك على وضع أفضل البرامج العلاجية لهذه الفئة من الأطفال.

(٦٤) دراسة عادل عبد الله محمد: (٢٠٠٠)

عنوان الدراسة:

"فعالية برنامج تدريبى سلوكى للأنشطة الجماعية المتنوعة فى خفض السلوك العدوانى للأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

التأكد من فعالية البرنامج فى الحد من السلوك العدوانى لدى الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة.

نتائج الدراسة:

حدوث انخفاض فى السلوك العدوانى وذلك بالنسبة للمجموعة التجريبية التى تعرضت للبرنامج بينما المجموعة الضابطة ما زالت تعانى من حدة السلوك العدوانى.

مدى استفادة الباحث:

تبين الدراسة السابقة على وجود السلوك العدوانى لدى الطفل التوحدى بشكل واضح وهذا ما سوف يضعه الباحث فى الاعتبار عند تصميم مقياس الاضطرابات السلوكية والبرنامج العلاجى باللعب.

(٦٥) دراسة عادل عبد الله محمد: (٢٠٠١)

عنوان الدراسة:

"فعالية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من السلوك الانسحابى لهؤلاء الأطفال".

الهدف من الدراسة:

التحقق من فعالية برنامج إرشادى يتم تقديمه لأمهات الأطفال التوحديين فى تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الاجتماعى لهؤلاء الأطفال.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال يعانون من التوحد وتراوحت أعمارهم ما بين ٦:١٢ سنة.

نتائج الدراسة:

أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج الإرشادى فى تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الاجتماعى مما أدى إلى انخفاض دال فى سلوكهم الانسحابى.

مدى استفادة الباحث:

أكدت الدراسة السابقة على دور الأسرة فى البرامج العلاجية وفعاليته فى الحد من السلوكيات المضطربة التى يعانى منها طفلهم وهذا ما سيضعه الباحث فى الاعتبار عند وضع البرنامج العلاجى باللعب.

(٦٦) دراسة هالة فؤاد كمال الدين: (٢٠٠١)

عنوان الدراسة:

"تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعى للأطفال المصابين بأعراض التوحد".

الهدف من الدراسة:

تصميم برنامج عربى لإكساب مهارات السلوك الاجتماعى للأطفال المصابين بأعراض التوحد.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلاً توحدياً.

نتائج الدراسة:

حدوث ارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة والمتنوعة وزيادة مستوى التفاعل واللعب المستقل الهادف.

مدى استفادة الباحث:

يتضح مدى فعالية البرامج التى توضع لهذه الفئة من الأطفال وذلك لاستمرار تأثيرها إلى ما بعد تنفيذ البرنامج.

(٦٧) دراسة سهى أحمد أمين نصر: (٢٠٠١)

عنوان الدراسة:

"مدى فاعلية برنامج علاجى لتنمية الاتصال اللغوى لدى بعض الأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

تنمية التواصل لدى الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال توحديين وتراوحت أعمارهم ما بين ٨:١٢ سنة.

نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك تحسن لمهارات الاتصال اللغوى لدى عينة الدراسة وذلك بعد تطبيق البرنامج.

مدى استفادة الباحث:

أكدت الدراسة السابقة على فعالية الأنشطة والألعاب المتنوعة والموسيقى فى تنمية الاتصال لدى الطفل التوحدى وهو ما سوف يضعه الباحث فى الاعتبار عند تصميم البرنامج العلاجى باللعب.

(٦٨) دراسة نادية إبراهيم أبو السعود: (٢٠٠٢)

عنوان الدراسة:

"فعالية استخدام برنامج علاجى معرفى سلوكى فى تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم".

الهدف من الدراسة:

استثارة انفعالات وعواطف الطفل وكذلك الوالدين فى محاولة لمساعدة الطفل للخروج من عزلته، واختراق الحاجز الموجود بينه وبين المحيطين به.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال من المصابين بأعراض التوحد وتم تقسيمهم إلى (٦) ذكور، (٢) إناث، وعدد (٨) أمهات وعدد (٨) آباء الأطفال المصابين بالتوحد.

نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث انخفاض ملحوظ فى المشكلات السلوكية والعزلة العاطفية واضطراب التفاعل الاجتماعى والانفعالات السلبية، كما حقق البرنامج تفاعلاً أفضل بين الوالدين وطفلهما كما حقق تواصلاً غير لفظى للأطفال مما ساعدهم على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية مثل رعاية الذات.

مدى استفادة الباحث:

أن تفاعل الآباء مع أطفالهم سواء أسوياء أو معاقين يساعد على اكتساب الأبناء السلوكيات المقبولة وزيادة قدرتهم على التفاعل والتواصل مع الآخرين وأن الأطفال المصابين بأعراض التوحد لديهم القدرات لاكتساب كافة المهارات ولكن عن طريق الرعاية والتدريب المستمر والمكثف.

(٦٩) دراسة عادل عبد الله محمد: (٢٠٠٢)

عنوان الدراسة:

"فعالية برنامج تدريبى لتنمية بعض المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

التأكد والتحقق من فاعلية برنامج تدريبى فى تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال مصابين بأعراض التوحد وتراوحت أعمارهم ما بين ١٢:٨ سنة.

نتائج الدراسة:

كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية فى القياس البعدى لمستوى التفاعلات الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية وكذلك الحال فى القياس البعدى والتتبعى.

مدى استفادة الباحث:

أن تدريب الطفل التوحدى على مهارة أو نشاط أو لعبة ما يأتى بنتائج إيجابية وخاصة إذا كان هذا التدريب يتصف بالاستمرارية والمتابعة مما يعطى مؤشر على أهمية المثابرة مع هذه الفئة من الأطفال وعدم الاستعجال فى تطبيق البرامج العلاجية معهم حتى نحصل على أكبر فائدة ممكنة من هذا التدريب أو العلاج.

(٧٠) دراسة عادل عبد الله محمد: (٢٠٠٠)

عنوان الدراسة:

"فعالية برنامج تدريبى لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين".

الهدف من الدراسة:

الكشف عن فعالية برنامج تدريبى لتنمية مهارات التواصل لدى الطفل التوحدى.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٢٠ طفلاً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٦:١٥ سنة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج حدوث انخفاض ملحوظ لدى أطفال المجموعة التجريبية فى السلوك العدوانى والنشاط الحركى المفرط مع زيادة فى مستوى الانتباه وفى مستوى التفاعل الاجتماعى لديهم وكذلك استمرار تأثير البرنامج فى القياس البعدى والتتبعى.

مدى استفادة الباحث:

أشارت الدراسة السابقة إلى وجود اضطرابات سلوكية لدى الطفل التوحدى مما يفيد الباحث عند تصميم مقياس الاضطرابات السلوكية وتبين أيضاً أن سلوك الطفل التوحدى قابل للتعديل ولكن بالجهد والمثابرة واختيار الأنشطة المناسبة لقدراته وميوله.

رابعاً: الدراسات الخاصة بالاضطرابات السلوكية والعلاج باللعب:

(٧١) دراسة Blinn, Erikalefrem: (٢٠٠٠)

عنوان الدراسة:

"مدى فاعلية العلاج باللعب فى الحد من المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النشاط الزائد، وضعف الانتباه".

الهدف من الدراسة:

التحقق من فاعلية العلاج باللعب فى الحد من النشاط الزائد وزيادة الانتباه.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال يعانون من النشاط الزائد ونقص الانتباه.

نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة أن العلاج باللعب ذو تأثير فعال فى الحد من سلوكيات النشاط الزائد وضعف الانتباه.

مدى استفادة الباحث:

يعتبر العلاج باللعب من أفضل الأساليب العلاجية مع الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية وذلك لأنه يساعد الطفل على التنفيس والتعبير وتفريغ طاقاته فى نشاط بناء.

(٧٢) دراسة عيسى عبد الله جابر: (١٩٨٩)

عنوان الدراسة:

"دراسة ميدانية لبناء برنامج لعلاج الأطفال المضطربين سلوكياً عن طريق اللعب".

الهدف من الدراسة:

تشخيص الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والكشف عن فعالية البرنامج الذى يحتوى على ألعاب مختلفة فى علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٩٠ طفلاً وتتراوح أعمارهم ما بين ٦:١٢ سنة.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج حدوث انخفاض ملحوظ لدى أطفال المجموعة التجريبية فى كل من السلوك العدوانى والانطوائى بينما المجموعة الضابطة لم تحقق أى تقدم ملحوظ.

مدى استفادة الباحث:

يتم المحافظة على السلوكيات المعدلة عادة عن طريق التعزيز سواء كان مادى أو معنوى وهو ما سوف يضعه الباحث فى الاعتبار عند تطبيق البرنامج.

(٧٣) دراسة عزة خليل عبد الفتاح: (١٩٩٠)

عنوان الدراسة:

"اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات لدى الأطفال".

الهدف من الدراسة:

التحقق من تأثير اللعب على حل المشكلات لدى الأطفال.

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة عى ٣٢ طفلاً موزعة على أربعة مجموعة (مجموعة اللعب بالخامات التباعدية – مجموعة اللعب بالخامات التقاربية – مجموعة ملاحظة النشطة التباعدية – مجموعة ملاحظة الأنشطة التقاربية).

نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الدراسة إلى أن اللعب وطريقة المشاركة وطريقة الممارسة تؤثر إيجابياً فى حل مشاكل الأطفال.

مدى استفادة الباحث:

تنوع الأنشطة والألعاب تساعد على حل المشكلات لدى الأطفال مما تبين أهمية التنوع وذلك حتى لا يتسرب الملل لدى الأطفال مما يأتى بنتائج عكسية.

(٧٤) دراسة صبحي عبد الفتاح: (١٩٩٢)

عنوان الدراسة:

"تعديل السلوك العدوانى لدى الأطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعى باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية".

الهدف من الدراسة:

التعرف على أثر كل من العلاج الجماعى باللعب والتدريب على المهارات الاجتماعية فى تعديل السلوك العدوانى عند الأطفال.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٤٠ تلميذ.

نتائج الدراسة:

أثبتت النتائج فعالية العلاج باللعب فى الحد من السلوك العدوانى عند الأطفال كما ساعد البرنامج الأطفال على اكتساب المهارات الاجتماعية.

مدى استفادة الباحث:

أن العلاج باللعب يساعد على تعديل سلوك الأطفال وخاصة عندما تتسم العلاقة بين المعالج والطفل بالتقبل والاحترام والتسامح وكلما استمرت جلسات العلاج باللعب لفترة أطول كلما كان له أثر إيجابى وفعال فى تحقيق النتائج المطلوبة.

(٧٥) دراسة سميرة علي جعفر: (١٩٩٢)

عنوان الدراسة:

"تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادى فى اللعب".

الهدف من الدراسة:

تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال من خلال اللعب.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٦٠ طفلاً وتراوحت أعمارهم ما بين ٩:١١ سنة.

نتائج الدراسة:

أثبتت النتائج فعالية اللعب فى تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال.

مدى استفادة الباحث:

اللعب يساعد على تفريغ الانفعالات لدى الأطفال وخاصة السلبية منها مما يجعل من السهل تطويعها لتصبح أكثر إيجابية.

(٧٦) دراسة محمد أحمد عبد اللطيف: (١٩٩٦)

عنوان الدراسة:

"أثر استخدام بعض أنشطة اللعب على النمو المعرفى لأطفال مرحلة الرياض".

الهدف من الدراسة:

التأكد من فعالية اللعب على النمو المعرفى للأطفال.

عينة الدراسة:

أجرى البحث على ٩٨ طفلاً وتم تقسيمهم إلى (٥٠) طفلاً كمجموعة ضابطة، و (٤٨) طفلاً كمجموعة تجريبية.

(٧٧) دراسة خالد عبد الرازق السيد: (٢٠٠١)

عنوان الدراسة:

"فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب فى تعديل بعض اضطرابات السلوك لدى طفل الروضة".

الهدف من الدراسة:

التحقق من مدى فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب (اللعب الحر – اللعب الجماعى التعاونى – اللعب الجماعى التنافسى) فى تعديل اضطرابات السلوك لدى الأطفال.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفل وتم تقسيمهم إلى ١٨ ذكور، ١٢ إناث وتوزيعهم عشوائياً على ثلاث مجموعات متجانسة.

نتائج الدراسة:

أشارت نتائج البحث أن أكثر أنواع اللعب فاعلية فى تعديل اضطرابات السلوك لدى الأطفال هو اللعب الحر ثم اللعب الجماعى التعاونى وأخيراً اللعب الفردى التنافسى.

مدى استفادة الباحث:

أن اللعب يعد من أكثر الأنشطة المحببة للإنسان ولذلك يتسم بالحرية فى اختيار الألعاب التى تناسب كل فرد ويصبح أكثر تشويقاً عندما يتسم اللعب بالمشاركة مع الآخرين وهذا ما سوف يضعه الباحث فى الاعتبار عند تطبيق البرنامج.

خامساً: دراسات تناولت علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال متعددى الإعاقة:

(٧٨) دراسة Silverrain, A. (١٩٩٢):

عنوان الدراسة:

"لعبة الأرفف الرمزية لتعليم والتدريب على كيفية التواصل مع الأطفال متعددى الإعاقة".

الهدف من الدراسة:

تعليم وتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال متعددى الإعاقة.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال "إعاقة عقلية – والأطفال الصم".

نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث تحسن فى العلاقات الاجتماعية بين هؤلاء الأطفال كما زاد بينهم التواصل مع الآخرين بشكل ملحوظ.

مدى استفادة الباحث:

تدلنا الدراسة السابقة على أهمية اللعب سواء مع الأطفال العاديين أو من ذوى الاحتياجات الخاصة ولذلك يعتبر من أفضل الأساليب العلاجية مع الأطفال.

(٧٩) دراسة Piril, S. (١٩٩٦):

عنوان الدراسة:

"اللعب لذوى الأطفال العاجزين فى مرحلة النمو المبكر".

الهدف من الدراسة:

التعرف على فاعلية اللعب مع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٦١ طفلاً من ذوى الإعاقة العقلية.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج تباين مستوى الاستجابات ومستوى التحسن وفسرت هذه النتيجة على أساس أنها ترجع لمستوى الرعاية التى يقدمها الوالدان للطفل والتى تختلف من أسرة إلى أخرى، الأمر الذى يوضح مدى القيمة والأهمية للدور الوالدى فى رعاية وعلاج الطفل بجانب المتخصصين.

مدى استفادة الباحث:

أى برامج علاجية تقدم للأطفال تصبح عديمة الجدوى والفائدة بدون إشراك الوالدين.

(٨٠) دراسة سهير حلمى محمد إبراهيم: (١٩٩٥)

عنوان الدراسة:

"مدى فاعلية استخدام الإرشاد الجماعى فى تحسين السلوك اللاتوافقى لدى الأطفال".

الهدف من الدراسة:

إعداد برنامج لفئة من المعاقين عقلياً القابلين لتعليم وأثره فى إكساب بعض مهارات السلوك التوافقى وذلك من خلال اللعب والتدعيم الموجب.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٦٠ طفلاً.

نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج فاعلية اللعب فى تعديل السلوك اللاتوافقى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.

مدى استفادة الباحث:

يعتبر اللعب من أنسب وأحب الأنشطة لذوى الاحتياجات الخاصة ولذلك فإنه يحقق نتائج إيجابية وفعالة مع هذه الفئة من الأطفال.

(٨١) دراسة إيمان سعد الزناتي: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"فاعلية برنامج حركى فى تنمية مفهوم الذات والسلوك التكيفى للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم".

الهدف من الدراسة:

التأكد من فاعلية برنامج حركى فى تنمية مفهوم الذات والسلوك التكيفى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٢٦ طفلاً وتراوحت أعمارهم ما بين ٩:١٣ سنة.

نتائج الدراسة:

أسفرت نتائج الدراسة عن أن ممارسة البرنامج الحركى مع الأطفال له تأثير إيجابى فى تنمية مفهوم الذات لديهم بصورة إيجابية كما أظهرت تحسناً واضحاً فى بعض جوانب سلوكهم التكيفى.

مدى استفادة الباحث:

يتضح من الدراسة السابقة أن الألعاب الحركية لها أثر فعال فى تنمية مفهوم الذات مع ظهور تحسن واضح فى السلوك التكيفى وهذا ما سوف يراعيه الباحث عند تصميم البرنامج العلاجى باللعب.

(٨٢) دراسة رشا محمد أحمد علي: (١٩٩٩)

عنوان الدراسة:

"مدى فاعلية برنامج لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى فئة الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم".

الهدف من الدراسة:

التحقق من فاعلية برنامج إرشادى فى الحد من بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٤٠ طفلاً وتتراوح أعمارهم الزمنية من سن ٩:١٢ سنة.

نتائج الدراسة:

أشارت النتائج إلى حدوث انخفاض فى حدة السلوك الانسحابى لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

مدى استفادة الباحث:

أنه يمكن تعديل الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال البرامج العلاجية ولكنها تحتاج إلى جهد مكثف ورعاية مستمرة حتى تحقق النتائج المطلوبة وهذا ما سوف يضعه الباحث فى الاعتبار عند تطبيق البرنامج.

خلاصة وتعقيب

من خلال عرض الباحث للدراسات السابقة في مجال التوحدية والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين والبرامج العلاجية المقدمة لهم فقد اتضح ما يلى:

أولاً: اتفاق الدراسات:

فقد اتفقت الدراسات السابقة من حيث:

النتائج:

أكدت تلك النتائج على نقاط هامة وهى:

(١) معاناة الأطفال التوحديين من بعض الاضطرابات السلوكية، فعلى سبيل المثال:

(أ) سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب وذلك فى مثل دراسة:

(ماجد السيد على عمارة، ١٩٩٩) – (Janney, 1989)

(Walters, 1990) – (Creedon, 1992)

(ب) النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه مثل دراسة:

(Vanmeter, 1995) – (Barthelemy, 1992)

(حسيب الدفراوى، ١٩٩٨) – (Lewis, 1998)

(ماجد السيد، ١٩٩٩).

(ج) سلوك عجز التواصل مع الآخرين مثل دراسة:

(Wadden, 1991) – (Giddan, 1990)

(Dennis, 1999) – (Klin, 1991)

(أيمن أحمد جيرة، ١٩٨٤) – (أميرة طه، ٢٠٠١).

(د) السلوك العدوانى مثل دراسة:

(عادل عبد الله، ٢٠٠٢) – (Janny, 1989)

(٢) مدى فاعلية البرامج العلاجية المختلفة فى الحد من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين:

(أ) العلاج باللعب ومدى تأثيره فى الحد من الاضطرابات السلوكية وذلك مثل دراسة:

(Sogam, 1967) – (Allan and Berry, 1987)
(Magda, 1996) – (Carter, 2001)

(ب) العلاج السلوكى ومدى تأثيره فى الحد من الاضطرابات السلوكية وذلك مثل دراسة:

(Escalona, 2001) – (Lovaas and Smith, 1988)
(عبد الفتاح على، ١٩٩٧) – (عادل عبد الله، ٢٠٠١).

(ج) العلاج بالعقاقير وتأثيره فى الحد من الاضطرابات السلوكية وذلك مثل دراسة:

(Walters, 1990) – (Sweeney, 1998)

(د) العلاج بالموسيقى ومدى تأثيره فى الحد من الاضطرابات السلوكية وذلك مثل دراسة:

(Wimpory, 1996) – (سهى أحمد أمين، ٢٠٠١)

(و) العلاج باللمس وبالمساج ومدى تأثيره فى الحد من الاضطرابات السلوكية وذلك مثل دراسة:

(Field, 1997) – (Escalona, 2001)

(ز) العلاج باستخدام فنيات مختلفة للحد من الاضطرابات السلوكية وذلك مثل دراسة:

(Sweeney, 1999) – (سهى أحمد أمين، ٢٠٠١)

(م) برامج إرشادية لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من سلوك الأطفال المضطرب مثل دراسة:

(عادل عبد الله، ٢٠٠١).

مدى اتفاق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

إن تلك الدراسات السابقة اهتمت بتقديم طـرق مختلفـة لعـلاج الطفـل التوحدى ومن أهمها العلاج باللعب والدراسة الحالية تتفق مع هذه الدراسات فـى مدى أهمية هذه النوعية من البرامج العلاجية على وجه العموم والعلاج باللعـب على وجه الخصوص فى رفع كفاءة هؤلاء الأطفال عن طريق الحد مـن حـدة الاضطرابات السلوكية لديهم.

مدى اختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

وتتميز الدراسة الحالية بوضع برنامج علاجى باللعب يحتوى على العديد من الأنشطة والألعاب وذلك بهدف خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى، حيث أن الدراسات السابقة لم تضع برامج علاجية مباشرة للحد من الاضطرابات السلوكية لدى هذه الفئة من الأطفال وهذا هو الاختلاف ما بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة.

اختلاف الدراسات السابقة:

اختلفت الدراسات السابقة من حيث:

(١) حجم العينة:

اختلفت الدراسات في عدد مفردات العينة المستخدمة فى بعض الدراسات كانت مفردات العينة قليلة جداً كما بدراسة: (Janney, 1989) وعدد مفرداتهـا (١)، وكذلك (Walters, 88) - (إسماعيل محمد بدر، ٩٧) عدد مفرداتهـا (٤)، (جمال شكر، ٩٨) عدد مفرداتها (١).

- وهناك دراسات كانت عدد مفرداتها متوسط كما بدراسة:

(Klin, 91) وعدد مفرداتها ١٢، (Ruble, 97) وعدد مفرداتهـا ١٦، (ماجد السيد، ٩٩) وعدد مفرداتها ٧، (هالة فؤاد، ٢٠٠١) وعدد مفرداتها ١٦.

- وهناك دراسات كانت عدد مفرداتها كبير كما بدراسة:

(Giddan, 1990) وعـدد مفرداتهـا ٣٥، (Charman, 98) وعـدد مفرداتها ٦٥، (نادية إبراهيم، ١٩٩٧) وعدد مفرداتها ٨٠.

- وهناك دراسات كان عدد مفرداتها كبير جداً كما بدراسة:

(Matson, 1990) وعدد مفرداتها ١٠٤.

وهناك دراسات لم تحدد عدد العينة في الدراسات السابقة كما فى دراسة:

(Buitelaor, 1991) – (Lewis, Mark, 1998)

موقع الدراسة الحالية بالنسبة لعدد العينة:

تتكون عينة الدراسة من (١٠) أطفال كمجموعة تجريبية و (١٠) أطفال كمجموعة ضابطة أى أن إجمالى عدد أفراد العينة بلغت ٢٠ طفل.

(٢) من حيث المجموعات:

فهناك دراسات تناولت مجموعتين أو ثلاثة أو أربعة أو واحدة وهذا مـا أكدته الدراسات الحالية.

- دراسات ذات مجموعة واحدة كما في دراسة:

– (Escalona, 2001) – (Janney, 1989) – (Dawson, 1990) – (Lewis, 1998) – (ماجدة السيد، ١٩٩٩) – (هدى أمـين، ١٩٩٩) – (سـهى أحمد، ٢٠٠١).

- دراسات ذات مجموعتين كما في دراسة:

(Wadden, 1991) – (Vanmeter, 1995) – (Ruble, 97) (عمـر بن الخطاب، ١٩٩٤) – (أميرة طه، ٢٠٠١) – (هالة فـؤاد، ٢٠٠١) – (عادل عبد الله، ٢٠٠٢)

- دراسات ذات ثلاثة مجموعات كما في دراسة:

- (Ratekin, 1993) - (Charman, 1998) - (Dennis, 1999)
(السيد الرفاعى، ١٩٩٩) - (نادية إبراهيم عبد القادر، ٢٠٠٢).

- دراسات ذات أربعة مجموعات كما في دراسة:

(Sweeney, 1999)

موقع الدراسة الحالية بالنسبة للمجموعات تستخدم هذه الدراسة مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة.

استفادة الباحث:

تلخصت استفادة الباحث من الدراسات السابقة فيما يلى:

- أكدت الدراسات على أن هناك اضطرابات سلوكية لدى الطفل التوحدى مثل سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب، النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه، وسلوك عجز التواصل مع الآخرين، والسلوك العدوانى.
- أن الأطفال التوحديون هم أكثر الأطفال معاناة من حدة الاضطرابات السلوكية وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم من الأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال الأسوياء.
- أكدت تلك الدراسات أيضاً على أهمية وجود برامج علاجية لتخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.
- كما أكدت الدراسات على أهمية ودور اللعب فى خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال سواء كانوا عاديين أو من ذوى الاحتياجات الخاصة.
- ومن أشكال اللعب التى استعانت بها الدراسات السابقة "اللعب بالرمل - اللعب الجماعى التمثيلى - اللعب الدرامى التمثيلى - اللعب الحر - اللعب مع الأنداد - اللعب التفاعلى".
- كما أكدت الدراسات السابقة على أهمية بعض البرامج العلاجية مثل العلاج بالموسيقى والعلاج باللمس والعلاج بالحياة اليومية والعلاج بالعقاقير.

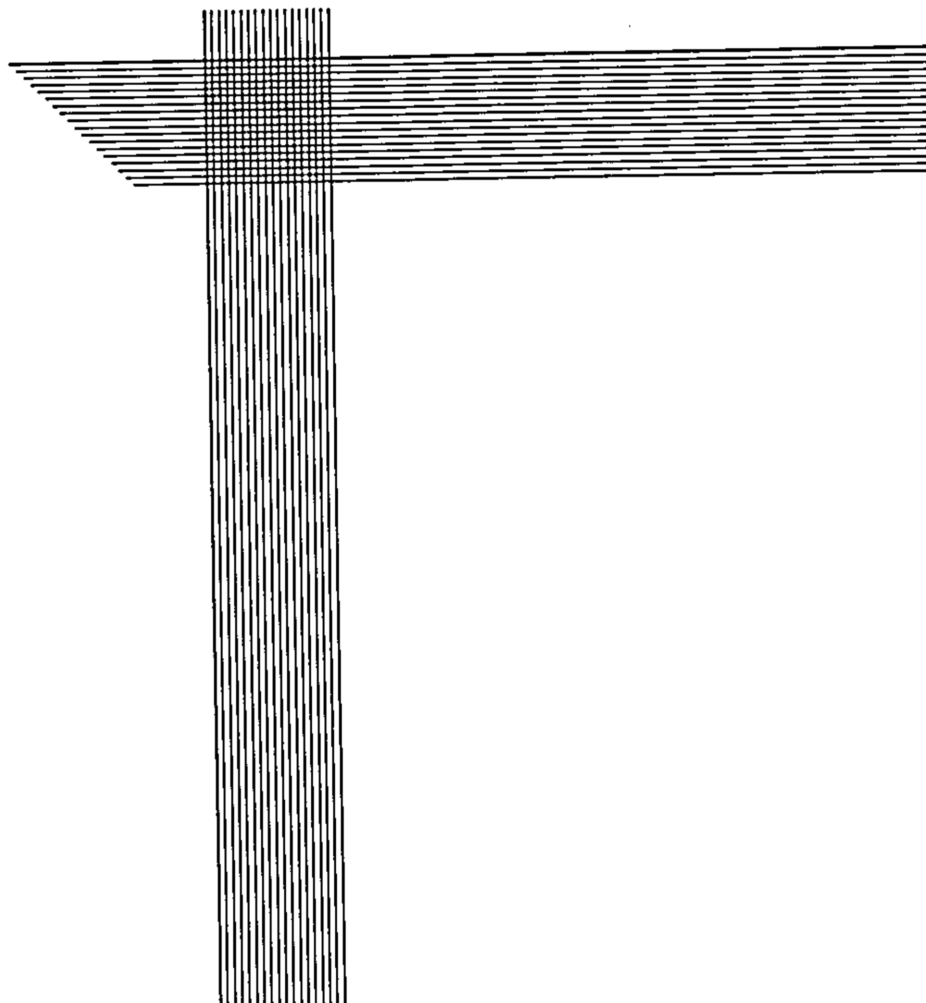
- كما أكدت الدراسات السابقة على أهمية البرامج التى تقدم لأمهات وآباء الأطفال التوحديين فى الحد من الاضطرابات السلوكية لدى أبنائهم.

ساهمت تلك الدراسات فى ظهور دراسة الباحث بصفة خاصة على المستوى المحلى، حيث يوجد ندرة فى تلك الدراسات حيث أن أغلب هذه الدراسات تناولت عرض لمشكلة التوحدية وخصائصها وأسبابها فقط. ولذلك ظهرت هذه الدراسة والتى تهدف للحد من حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين حيث أن هذه الاضطرابات تعوق هؤلاء الأطفال عن الاستفادة من البرامج التأهيلية والتعليمية التى توضع لهم.

مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

- أنه على حد علم الباحث لا يوجد اهتمام من قبل الدراسات السابقة بالاضطرابات السلوكية التى يعانى منها الطفل التوحدى سواء من حيث التشخيص والعلاج.
- كما أنه من الواضح لا توجد دراسة محلية وضعت مقياس للاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.
- لا توجد دراسة استخدمت فنيات العلاج باللعب فى خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.

الفصل الرابع
منهج الدراسة والإجراءات



الفصل الرابع
منهج الدراسة والإجراءات

القسم الأول
فروض الدراسة

من خلال الإطار النظرى والبحوث والدراسات السابقة ، والتعرف على نقاط الاتفاق والاختلاف ونواحى القصور فى بعض البحوث ثم اشتقاق فروض الدراسة الحالية وهى كالآتى :

أولاً – فروض تتعلق بالضبط التجريبى :

من خلال الإطار النظرى والبحوث والدراسات السابقة ، والتعرف على نقاط الاتفاق والاختلاف ونواحى القصور فى بعض البحوث ثم اشتقاق فروض الدراسة الحالية وهى كالآتى :

(١) لا توجد فروق بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية فى اضطرابات السلوك قبل تطبيق البرنامج العلاجى باللعب .

ثانياً – فروض بحثية :

(١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية .

(٢) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج فى اضطرابات السلوك .

(٣) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدى من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية .

(٤) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدى (١) ودرجاتهم فى التطبيق التالى لفترة المتابعة البعدى (٢) لمقياس الاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدى للمتابعة (٢) .

(٥) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التغير الذى حدث للمجموعة الضابطة والتغير الذى حدث للمجموعة التجريبية "أى صافى الفرق بين النقلة التى حدثت للمجموعة الضابطة والنقلة التى حدثت للمجموعة التجريبية" من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية .

القسم الثانى
عينة الدراســـة

(١) شروط اختيار العينة :

أن تقع فى مدى العمر من سن ١٠ : ١٢ سنة ، وذلك للأسباب التالية :

- هذه المرحلة تمثل نسبة كبيرة من عدد الأطفال التوحديين داخـــل المراكـــز المتخصصة ومدارس التربية الخاصة .
- حيث إنه لا يوجد فى المراكز أو المدراس سوى طفل أو اثنين أصغر من هذه السن ، وذلك لصعوبة تأخر تشخيص هؤلاء الأطفال .
- أن يكون مستوى التوحدية أى "درجة التوحدية" عند هؤلاء الأطفال متوسطة وليست شديدة وذلك لإعطاء فرصة للتعامل مع الطفل ، لأن حالات التوحدية الشديدة تتطلب برنامجاً يستغرق وقتاً طويلاً لإحداث التحسن وذلـــك لوجـــود تخلف عقلى شديد مع التوحدية الشديدة .
- ألا تقل مدة وجود الطفل فى المركز عن ستة أشهر .

(٢) محددات اختيار العينة :

أ – محددات جغرافية :

- تم اختيار عينة الدراسة من ضمن أطفال العيادة الخاصة بمعهـــد الدراســـات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- وقد كان اختيار العينة من هذه العيادة لتوافر أعداد كبيرة من عينة الدراســـة الحالية ممن يترددون بصفة مستمرة ودائمة على العيادة حيـــث يبلـــغ عـــدد الأطفال التوحديين أكثر من (٣٠) طفل .
- بالإضافة إلى توافر إمكانيات فى العيادة من متخصصين وخبراء ومـــدربين وأدوات مما ساعد الباحث على تطبيق البرنامج .
- كما أن هؤلاء الأطفال لديهم فترات راحة لا يمارسون فيها أنشطة مما أعطى الباحث مساحة زمنية مناسبة ساعدته على التحرك فـــى تطبيـــق البرنـــامج

بالإضافة إلى تعاون القائمين بالعمل فى العيادة بمساعدة الباحث بكافة الإمكانيات المتوافرة لديهم .

ب – محددات بشرية :

- عدد أطفال العينة التجريبية (١٠) أطفال .
- عدد أطفال العينة الضابطة (١٠) أطفال .
- عدد أطفال العينة الاستطلاعية (١٠) أطفال .

جـ– محددات جنسية :

عدد (٨) إناث ، وعدد (١٢) ذكور. وذلك لأن نسبة التوحدية فى الذكور أكثر من البنات أى بنسبة ٤ : ١ .

(سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١ ، ص ١٨)

(٣) طرق اختيار العينة :

أ – محددات جغرافية :

تم اختيار العينة بطريقة عمدية من العيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس وذلك من خلال الاستعانة بالأدوات التالية :

١ – قائمة تشخيص التوحدية DSM-IV لسنة ١٩٩٤ .

٢ – مقياس الاضطرابات السلوكية .

٣ – استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة .

٤ – دراسة حالة .

وقد تم اختيار عينة قوامها (٢٠) طفل ثم تم تقسيمهم إلى عينة ضابطة مكونة من (١٠) أطفال ، وعينة تجريبية مكونة من (١٠) أطفال عن طريق الاختيار العشوائى .

ب – ضبط المتغيرات الخاصة بعينة الدراسة :

– طريقة الضبط الإحصائى :

بالنسبة للمجموعة التجريبية والضابطة ، قام الباحث بضبط المتغيرات فى المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى ، والسن ، ونسبة التوحدية لدى أطفال المجموعتين "الضابطة والتجريبية" من خلال الأسلوب الإحصائى المناسب

بواسطة كل من "اختبار ت" T-test كأسلوب إحصائى بارامترى مدعماً بأسلوب أخصائى آخر وهو اختبار "مان ويتنى" Man-Whitney كأسلوب إحصائى لابارامترى ، وحتى لا يكون لها تأثير على المتغير التابع بحيث يكون التغير والتأثير فقط للمتغير المستقل ، وهو برنامج الدراسة الحالى وذلك على النحو التالى :

- *ضبط متغير السن :*

جدول رقم (٨) : يوضح ضبط متغير السن بالنسبة للمجموعتين التجريبية والضابطة

م	المجموعة	العدد ن	المتوسط	الانحراف المعيارى	الانحراف عن المتوسط	قيمة ت	مستوى الدلالة
١	التجريبية	١٠	١١,٢٣٠٠	±٠,٨٨٢٠	٠,٢٧٨٩	١,٤٠٦	غ . د
٢	الضابطة	١٠	١١,١٤٠٠	±٠,٨٥٤٠	٠,٢٧٠١		

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط العمرى فى المجموعتين التجريبية والضابطة .

جدول رقم (٩) : يوضح التجانس لمتغير السن للمجموعتين التجريبية والضابطة

النسبة الفائية	مستوى الدلالة	التجانس
١,١٣	غ . د	متجانسة

إن النسبة الفائية غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) ، مما يدل على تجانس العينتين التجريبية والضابطة فى السن .

- ضبط متغير المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى :

جدول رقم (١٠) : يوضح ضبط المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى

م	المجموعة	العدد ن	المتوسط	الانحراف المعيارى	الانحراف عن المتوسط	قيمة ت	مستوى الدلالة
١	التجريبية	١٠	٢٥,١٠٠٠±	١,٤٤٩١	٠,٤٥٨٣	٠,٧١٢	غ . د
٢	الضابطة	١٠	٢٤,٧٠٠٠±	١,٣٣٧٥	٠,٤٢٣٠		

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطين المجموعة التجريبية والضابطة فى متغير المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى مما يدل على تجانس المجموعتين .

جدول رقم (١١) : يوضح التجانس لمتغير المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة

النسبة الفائية	مستوى الدلالة	التجانس
١,٦	غ . د	متجانسة

إن النسبة الفائية غير دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ مما يدل على تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة فى المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى .

- ضبط المتغير الخاص بنسبة التوحدية :

والجدول رقم (١٢) : يوضح الفرق بين درجات الأطفال فى المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة تشخيص التوحدية DSM-IV .

جدول رقم (١٢) : يوضح الفرق بين درجات الأطفال فى المجموعتين التجريبية والضابطة على قائمة تشخيص التوحدية DSM-IV لسنة ١٩٩٤

م	الأبعاد	متوسط حسابى		الانحراف المعيارى		الانحراف عن المتوسط		اختبار (ت) T-test	
		ضابطة ن = ١٠	تجريبية ن = ١٠	ضابطة ن = ١٠	تجريبية ن = ١٠	ضابطة ن = ١٠	تجريبية ن = ١٠	قيمة (ت) T-value	مستوى الدلالة
١	القصور النوعى فى التواصل الاجتماعى.	٢١,٦٠٠٠	٢١,٤٠٠٠	±٤,٣٢٥٦	±٣,٩٤٩٧	١,٣٦٧٩	١,٢٤٩٠	٠,١٠٨	غ . د
٢	القصور اللغوى.	١١,١٠٠٠	١١,٨٠٠٠	±١,٩١٢٠	±١,٦٨٦٥	٠,٦٠٤٦	٠,٥٣٣٣	٠,٨٦٨	غ . د
٣	نماذج للتكرارية فى السلوك.	١٤,٠٠٠	١٣,٢٠٠٠	±٢,١٠٨٢	±٢,٠٩٧٦	٠,٦٦٦٧	٠,٦٦٣٣	٠,٨٥١	غ . د
٤	الاهتمام بأجزاء الأشياء.	٧,٩٠٠٠	٧,٨٠٠٠	±١,٦٦٣٣	±١,٨٧٣٨	٠,٥٢٦٠	٠,٥٩٢٥	٠,١٢٦	غ . د
٥	إجمالى المقياس	٥٤,٦	٥٤,٢	±٤,٢٤٧٩	±٣,٥٥٢٨	١,٣٤٣٣	١,١٢٣٥	٠,٦٤٧	غ . د

ويتضح من الجدول السابق رقم (١٢) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة فى قائمة تشخيص التوحدية DSM-IV لسنة ١٩٩٤ حيث أن قيمة (ت) عند درجات حرية (١٨) غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) .

جدول رقم (١٣) : يوضح أبعاد قياس التوحد الأربعة بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة كما يوضح دلالة الفرق بين المجموعتين

م	الأبعاد	المجموعة	العدد ن	متوسط الرتب	U	مستوى الدلالة	قيمة Z	مستوى الدلالة	W	مستوى الدلالة	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
١	القصور النوعي في التواصل الاجتماعي	ضابطة	١٠	١٠,٩	٤٦,٠٠	غ . د	٠,٣٠٤	غ . د	١٠١,٠٠	غ . د	٠,١٥٧	غ . د
		تجريبية	١٠	١٠,٨								
٢	القصور اللغوى	ضابطة	١٠	١١,٦	٣٨,٠٠	غ . د	٠,٩١٩	غ . د	٩٣,٠٠	غ . د	٠,٠٢١	غ . د
		تجريبية	١٠	١١,٧								
٣	نماذج التكرارية فى السلوك	ضابطة	١٠	١١,٦	٣٨,٠٠	غ . د	٠,٩١٩	غ . د	٩٣,٠٠	غ . د	٠,٠٠٥	غ . د
		تجريبية	١٠	٩,٣								
٤	الاهتمام بأجزاء الأشياء	ضابطة	١٠	١٠,٨	٤٧,٠٠	غ . د	٠,٢٣٢	غ . د	١٠٢,٠٠	غ . د	٠,٠٤٥	غ . د
		تجريبية	١٠	١٠,٢								
٥	إجمالى المقياس	ضابطة	١٠	٥,٦٠	٤٣	غ . د	٠,٦٦٦	غ . د	٩٨,٠٠	غ . د	٠,٠٥٧	غ . د
		تجريبية	١٠	٤,٢٥								

الجدول رقم (١٣) يوضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى أبعاد قائمة تشخيص نسبة التوحد لدى المجموعتين . وهو ما يؤكد النتيجة التى حصلنا عليها سابقاً باستخدام اختبار (ت) T-test كأسلوب إحصائى بارامترى ومن هنا يتضح أن هناك تكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى أبعاد المقياس .

حيث (U) الجدولية = ٢٣ عند ن ١ = ١٠
و عند ن ٢ = ١٠

ويلاحظ أن قيمة (U) المحسوبة لجميع أبعاد المقياس أكبر من (U) الجدولية أى أنها جميعاً غير دالة إحصائياً .

كما نلاحظ أن النسبة الفائية غير دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) مما يدل على تجانس المجموعتين وكذلك قيمة Z غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) وكذلك قيمة W غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) ومن هنا يتضح أن هناك تكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى أبعاد المقياس الأربعة .

وللإجابة على الفرض المتعلق بالضبط التجريبى والذى ينص على أنه "لا توجد فروق بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية فى اضطرابات السلوك قبل تطبيق البرنامج العلاجى باللعب .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) T-test كأسلوب إحصائى بارامترى لتوضيح دلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) فى التطبيق القبلى بالنسبة لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية ويوضح الجدول التالى هذا التحليل .

جدول رقم (١٤) : يوضح فروق بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية
فى اضطرابات السلوك قبل تطبيق البرنامج العلاجى باللعب

م	الأبعاد	متوسط حسابى		الانحراف المعيارى		الانحراف عن المتوسط		اختبار (ت) T-test	
		ضابطة ن =	تجريبية ن =	ضابطة	تجريبية	ضابطة	تجريبية	قيمة (ت) T-value	مستوى الدلالة
١	إيذاء الذات ونوبات الغضب.	٩٢,٩٠٠٠	٩٢,٩١٠٠	±٢,٨٨٤٨	±٢,٣٣١٠	٠,٩١٢٣	٠,٧٣٧١	٠,١٠١	غ ٠ د
٢	النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه.	٩٣,١٠٠٠	٩٢,٥٠٠٠	±٣,٣١٤٩	±٣,٢٠٥٩	١,٠٤٨٣	١,٠١٣٨	٠,٤١١	غ ٠ د
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	٩٦,٣٠٠٠	٩٦,٤٠٠٠	±١,٧٦٧٠	±١,٥٧٧١	٠,٥٥٨٨	٠,٤٩٨٩	٠,١٣٣	غ ٠ د
٤	السلوك العدوانى	٩٠,١٠٠٠	٩٠,٧٠٠٠	±٢,٨٤٦٠	±٢,٣٥٩٤	٠,٩٠٠٠	٠,٧٤٦١	٠,٥١٣	غ ٠ د
٥	إجمالى المقياس	٣٧٢,٤٠	٣٧٢,٥١	±٤,٢٧٤٠	±٤,٦٠٠٧	١,٣٥١٥	١,٤٥٤٩	٠,١٠٥	غ ٠ د

الجدول رقم (١٤) يوضح عدم وجود فروق بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية فى اضطرابات السلوك قبل تطبيق البرنامج العلاجى باللعب وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية حيث إنه بالكشف عن قيمة (ت) عند درجات حرية (١٨) وجد أنها غير دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) .

كما يتضح أيضاً أن السلوك المضطرب مرتفع فى كلا المجموعتين بمتوسط قدره ٣٧٢,٤٠ وذلك للمجموعة الضابطة وبمتوسط قدره ٣٧٢,٥١ وذلك للمجموعة التجريبية وذلك عند مقارنتهما بأعلى متوسط للمقياس وهو ٤٠٠,٠٠ .

جدول رقم (١٥) : يوضح أبعاد السلوك المضطرب بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج العلاجى باللعب

م	الأبعاد	المجموعة	العدد ن	متوسط الرتب	U	مستوى الدلالة	قيمة Z	مستوى الدلالة	W	مستوى الدلالة	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
١	إيذاء الذات ونوبات الغضب.	ضابطة	١٠	١٠,٦٠	٤٩,٠٠٠	غ . د	٠,٠٧٦	غ . د	١٠٤,٠٠	غ . د	٠,٨٠٢	غ . د
		تجريبية	١٠	١٠,٤٠								
٢	النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه	ضابطة	١٠	١١,٠٥	٤٤,٥٠٠٠	غ . د	٠,٤٢٠	غ . د	٩٩,٥٠٠	غ . د	٠,٠١٨	غ . د
		تجريبية	١٠	٩,٩٥								
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	ضابطة	١٠	١٠,٣٠	٤٨,٠٠٠	غ . د	٠,١٥٣	غ . د	١٠٣,٠٠٠	غ . د	٠,٣٧٥	غ . د
		تجريبية	١٠	١٠,٧٠								
٤	السلوك العدوانى	ضابطة	١٠	٩,٧٠	٤٢,٠٠٠	غ . د	٠,٦١٠	غ . د	٩٧,٠٠٠	غ . د	٠,٢٤٨	غ . د
		تجريبية	١٠	١١,٣٠								
٥	الإجمالى	ضابطة	١٠	٦,٣٨	٤٥,٩٧	غ . د	٠,٢٠٧	غ . د	١٠٠,٨٧٥	غ . د	٠,٣٦٠	غ . د
		تجريبية	١٠	٤,٩٢								

وبالنظر إلى الجدول السابق رقم (١٥) يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية فى أبعاد مقياس اضطرابات السلوك قبل تطبيق البرنامج العلاجى باللعب . وهو ما يؤكد النتيجة التى حصلنا عليها سابقاً باستخدام اختبار (ت) T-test كأسلوب إحصائى بارامترى ومن هنا يتضح أن هناك تكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى أبعاد السلوك المضطرب فى التطبيق القبلى .

حيث (U) الجدولية = ٢٣ عند ن ١ = ١٠
و ن ٢ = ١٠

ويلاحظ أن قيمة (U) المحسوبة لجميع أبعاد السلوك المضطرب على مقياس اضطرابات السلوك أكبر من (U) الجدولية أى أنها جميعاً غير دالة إحصائياً .

كما نلاحظ أن قيمة Z غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) كذلك قيمة W غير دالة إحصائياً وأيضاً النسبة الفائية غير دالة عند (٠,٠٥) ومن هنا يتضح أن هناك تكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد السلوك المضطرب وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية فى التطبيق القبلى . أى نستخلص مما سبق هو أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية فى اضطرابات السلوك قبل تطبيق البرنامج العلاجى باللعب .

القسم الثالث
المفاهيم الإجرائية للدراسة

١ – التوحد Autism :

"هو أحد الاضطرابات الارتقائية (النمائية) المنتشرة والتي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ومن سمات هذا الاضطراب العجز عن التواصل مع الآخرين ، والاندماج في أنشطة نمطية متكررة أو القيام بحركات معادة بلا تغيير والرفض لأي تغيرات في البيئة المحيطة أو في روتين الحياة ، ويتميز أيضاً بشذوذ في التفاعل الاجتماعي ، كما يتميز يرد فعل مبالغ فيه للمثيرات الحسية مع وجود اضطراب في الكلام واللغة ، وينتشر هذا الاضطراب أكثر بين الذكور عن الإناث بنسبة ٤ : ١ ، ويستمر هذا النوع من الاضطراب مدى الحياة ولكن تتحسن الحالة سواء في الجانب الاجتماعي ، أو التواصلي ، أو السلوكي ، أو المعرفي وذلك من خلال التدريبات العلاجية المقدمة له".

٢ – الاضطراب السلوكي Behavior Disorder :

"يشير مفهوم اضطراب السلوك لدى الطفل التوحدي إلى عدم السواء في السلوك كإيذاء الذات ونوبات الغضب ، والنشاط الحركي المفرط ونقص الانتباه ، والسلوك العدواني ، وعجز التواصل مع الآخرين والتي غالباً ما تتسم بأنها ذات نمط متكرر وثابت مما يؤثر في التوافق العام لدى شخصية الطفل".

– ويتضمن هذا التعريف التعريفات الفرعية الآتية :

أ – إيذاء الذات ونوبات الغضب :

"استجابات حركية مختلفة تنتهي بالإيذاء أو التلف الجسدي للشخص الذي تصدر عنه وغالباً ما يكون الضرر الناجم عن هذا النوع من الاستجابات فورياً وعادة ما يكون مصحوباً بنوبة غضب والتي تتفاوت في شدتها من الضيق والاستثارة البسيطة إلى التهيج الحاد".

ب – النشاط الحركي المفرط ونقص الانتباه :

"استثارة داخلية واضحة ومتكررة بشكل روتيني ونمطي كالاهتزازات الجسدية المتكررة أو الحركات الدورانية والقفز بشكل متكرر دون ملل وما

يصاحبه من ضعف فى الانتباه والذى يتسم بضعف القدرة على التركيز وانجذاب الطفل لأى مثير خارجى تاركاً المثير السابق فى فترة لا تتجاوز الثوانى ومن مظاهر فشل الطفل فى إنهاء المهمة التى شغلته فترة من الزمن".

جـ- السلوك العدوانى :

"هو سلوك موجه إلى الآخرين ويتسم بالإصرار على إلحاق الأذى والضرر بالآخرين".

د – سلوك عجز التواصل مع الآخرين :

"هو سلوك يتسم بنقص القدرة على بدء ومواصلة التواصل والتفاعل مع الآخرين سواء بالإشارات أو بالإيماءات أو لفظياً وبصرياً".

٣ – برنامج Program :

"خطة محددة ودقيقة تشمل مجموعة من الألعاب صممت خصيصاً بهدف خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين بما يتناسب وطبيعة نموهم الجسمى والعقلى والانفعالى والاجتماعى ، مما يؤدى إلى إكسابهم سلوكيات اجتماعية مناسبة لا تتسم بالاضطراب وذلك خلال فترة زمنية محددة".

٤ – العلاج باللعب Play Therapy :

"يعتبر العلاج باللعب من الطرق الهامة فى دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات الأطفال بوصفه من أحد أهم مناهج العلاج النفسى للأطفال ، بسبب عدم نموهم اللغوى والعقلى والانفعالى المناسب بالقدر الذى يمكنهم من استبصار مشكلاتهم على النحو الذى يتحقق للكبار ، فاللعب يعتبر أداة علاجية نفسية هامة للأطفال المشكلين أو المصابين باضطرابات سلوكية ، مما يساعد الطفل على فهم نفسه وفهم العالم من حوله وإقامة علاقات اجتماعية فعالة مع غيره سواء من الرفاق أو الأخوة أو الوالدين والعلاج باللعب يعتبر فرصة آمنة غير مهددة وفى اللعبة يعبر الطفل عن مشكلاته وصراعاته ومن خلالها يخرج مشاعره المتراكمة من ضغوط الإحباطات وعدم الأمان ومخاوفه على السطح مما يساعده على النمو العقلى والخلقى والنفسى والاجتماعى حيث إن اللعب هو عمل الطفل ووسيلته التى ينمو بها ويرتقى بواسطتها".

القسم الرابع
منهج الدراسة

تعد الدراسة من الدراسات التجريبية وقد استخدم الباحث المنهج التجريبى حيث تناول الجانب العلاجي لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين .

القسم الخامس
أدوات الدراسة

١ – مقياس الاضطرابات السلوكية .
(إعداد الباحث)

٢ – قائمة تشخيص التوحد DSM-IV لسنة ١٩٩٤ .
(ترجمة/ ماجد السيد على عمارة ، ١٩٩٩)

٣ – البرنامج العلاجي باللعب .
(إعداد الباحث)

٤ – دراسة حالة .
(إعداد الباحث)

٥ – استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى .
(إعداد الباحث)

أولاً – مقياس الاضطرابات السلوكية :
(إعداد الباحث)

* **الهدف من تصميم المقياس :**

- لاحظ الباحث عند القيام بمسح التراث النظرى المتعلق بالاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين عدم توافر أى أداة فى البيئة المحلية عن الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين ، لذا كان ضرورياً أن يكون أحد أهداف هذه الدراسة هو القيام بإعداد مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين.

- التعرف على مظاهر السلوك المضطرب لدى الطفل التوحدى ويظهر فى صورة مؤشرات ملموسة أو سلوك يصدره الطفل ، ويشتمل الاضطراب السلوكى على (٤) أبعاد أساسية وهى كالآتى : (سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب – النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه – سلوك عجز التواصل مع الآخرين – والسلوك العدوانى) .

* **خطوات تصميم المقياس :**

قام الباحث باتباع الخطوات التالية فى إعداد المقياس :

- الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع الدراسة ، وما بها من مقاييس واستمارات واختبارات .
- قام الباحث بتحديد المعنى الدقيق لمفهوم الاضطراب السلوكى لدى الأطفال التوحديين وتحديد الهدف العام من مقياس الاضطرابات السلوكية .
- تحديد الأبعاد التى يتناولها المقياس طبقاً للتعريف الإجرائى للاضطرابات السلوكية فى الدراسات الحالية ويتناول الأبعاد الأربعة التالية على النحو التالى:
  أ – سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضبة .
  ب – النشاط الحركى المفرط وتشتت الانتباه .
  جـ – سلوك عجز التواصل مع الآخرين .
  د – السلوك العدوانى .
- قام الباحث من خلال عمله بمركز سيتى لذوى الاحتياجات الخاصة بالظاهر بالإضافة إلى القيام بزيارات ميدانية لمدارس التربية الفكرية لاستطلاع آراء الأخصائيين والمشرفين وأهالى الأطفال حول سلوكيات الأطفال وما هى أكثر السلوكيات المضطربة الشائعة لدى هؤلاء الأطفال .
- قام الباحث بتجميع عدد كبير من العبارات بلغت حوالى (٤٠٠) عبارة تضمنت أبعاد السلوك المضطرب عند هؤلاء الأطفال ، ثم تم حذف منه العبارات المكررة أو التى تعطى نفس المعنى أو العبارات الصعبة فأصبحت (١٠٠) عبارة يشتمل كل بعد على (٢٥) عبارة .

- قام الباحث بعرض العبارات التى تم تجميعها على مجموعة من السادة أعضاء هيئة التدريس المتخصصين فى مجال (الطب النفسى – علم النفس – التربية الخاصة) لإبداء الرأى فى مدى صلاحية المواقف والعبارات لتقدير الاضطراب السلوكى للأطفال التوحديين ومدى دقة ووضح العبارات من حيث الصياغة .

(ملحق رقم "١")

- وقد أسفرت هذه الخطوة عن حذف (٣٠٠) عبارة كانت نسبة الاتفاق عليها أقل من (٩٠%) من آراء المحكمين وبذلك أصبح عدد العبارات (١٠٠) عبارة وأصبح كل بعد من الأبعاد الأربعة يتضمن (٢٥) عبارة لكل بعد .
- عرض المقياس بعد ذلك على عينة استطلاعية ممثلة للعينة التى سوف تجرى عليها الدراسة وعددهم (١٠) أطفال حيث تم تسليم مدرس أو مدرب تلك العينة الاستمارات الخاصة بالقائمة ، مدون عليها الاسم (اسم الطفل) ، المرحلة العمرية .
- ويطلب من السادة المدرسين قراءة المقياس ثم يدونون الإجابة أمام كل بعد وتتم الإجابة بالتحديد على العبارات الخاصة بالأبعاد الأربعة ، حيث يوجد أمام كل عبارة أربعة استجابات متدرجة وهى كالآتى :
"دائماً = ٤ درجات ، أحياناً = ٣ درجات ، نادراً = درجتين ، لا يحدث = درجة واحدة".
- بعد الحصول على إجابات المدرسين لكل أفراد العينة يتم التأكد من ثبات المقياس وتجانسه الداخلى .

*** وصف المقياس :**

- يحتوى المقياس على بيانات أولية تشمل اسم القائم بالتطبيق ، وظيفته ، وتاريخ إجراء التطبيق ، والزمن الذى استغرقه فى التطبيق ، اسم الطفل وسنه وجنسه مع تعليمات المقياس .
- ويتكون المقياس فى صورته النهائية من (١٠٠) عبارة مقسمة إلى أربعة أبعاد على النحو التالى :

أ – البعد الأول :

سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب ويتكون من ٢٥ عبارة ويبدأ من العبارة رقم (١) إلى (٢٥) .

ب – البعد الثانى :

النشاط الحركى المفرط وتشتت الانتباه ويتكون من ٢٥ عبارة ويبدأ من العبارة رقم (٢٦) إلى (٥٠) .

جـ – البعد الثالث :

سلوك عجز التواصل مع الآخرين ويتكون من (٢٥) عبارة ويبدأ من العبارة رقم (٥١) إلى (٧٥) .

د – البعد الرابع :

السلوك العدوانى ويتكون من (٢٥) عبارة ويبدأ من العبارة رقم (٧٦) إلى (١٠٠) .

* تصحيح المقياس :

- قام الباحث بتحديد تعليمات المقياس بصورة واضحة .
- وعلى المدرس الذى أمضى سنة دراسية كاملة مع الطفل أن يقوم بقراءة عبارات المقياس جيداً والإجابة فى شكل متصل متدرج ينقسم إلى أربعة مستويات وأن يحدد إذا ما كانت هذه العبارة تنطبق على سلوك الطفل من حيث حدته ومن خلال ما يقوم به الطفل فعلاً وذلك من خلال احتكاك الطفل بالمدرس وبالآخرين .
- على المدرس أن يقرأ كل عبارة ثم يختار المناسب منها لوصف هذا السلوك وإذا اختار المدرس استجابة "دائماً" يعطى للطفل ٤ درجات وإذا اختار الاستجابة "أحياناً" يعطى (٣) درجات وإذا اختار الاستجابة "نادراً" فيعطى درجتان أما الاستجابة الأخيرة وهى "لا يحدث" فيعطى درجة واحدة .
- والمدى النظرى للمقياس ككل يساوى من (١٠٠ – ٤٠٠) درجة والدرجة كلما اقتربت من الزيادة كلما وقع الطفل فى نطاق المضطربين سلوكياً ، أما إذا انخفضت درجات الطفل على المقياس كلما وقع الطفل فى نطاق العاديين .

- ولمعرفة أوجه القصور أو درجة الاضطراب السلوكى بطريقة أكثر دقة يجب حساب كل بعد على مدى ودرجة البعد الواحد تتدرج من (٢٥ – ١٠٠) فإذا قلت الدرجة كلما لا يوجد مشكلة فى سلوك الطفل والعكس صحيح .

*** حساب الثبات والصدق لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى :**

أولاً – حساب الثبات :

يقصد بثبات المقياس أن يعطى المقياس نفس النتائج إذا أعيد تطبيقه على نفس الأفراد وفى نفس الظروف .

وهناك عدة طرق لحساب ثبات المقياس ، استخدم الباحث منها ما يلى :

١ – طريقة إعادة الاختبار :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (١٠) أطفال ثم إعادة تطبيق نفس الاختبار على نفس أفراد العينة الاستطلاعية مرة أخرى بعد خمسة عشر يوماً من المرة الأولى .

والجدول التالى رقم (١٦) يوضح حساب معامل الارتباط بين درجات الأطفال فى المرة الأولى للتطبيق ودرجاتهم فى المرة الثانية وذلك على النحو التالى :

معامل الثبات	مستوى الدلالة
٠,٩٤	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن الاختبار يتسم بثبات عال والخاص بمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين .

٢ – الثبات بطريقة ألفا كرونباخ :

قام الباحث بحساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ على العينة الاستطلاعية ، وقد تم حساب معامل ألفا كرونباخ للدرجات النهائية للمقياس الخاص بقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين على النحو التالى :

$$ر_{١١} = \frac{ن}{ن - ١} \left(١ - \frac{مجـ ع^{٢}_{١}}{ع^{٢}}\right)$$

ر ١١ = معامل ثبات المقياس .
ن = عدد أسئلة المقياس .
$ع^{٢}_{١}$ = تباين درجات الأفراد فى السؤال .
$ع^{٢}$ = تباين درجات الأفراد فى الاختبار كله .
مجـ = المجموع .

والجدول التالى رقم (١٧) يوضح معامل الثبات الخاص بالاختبار على النحو التالى :

معامل الثبات	مستوى الدلالة
٠,٩١	٠,٠١

ثانياً – صدق المقياس :

صدق المقياس هو قدرته على قياس ما وضع من أجله أو السمة المراد قياسها . وهناك طرق مختلفة لحساب الصدق ، وقد اعتمد الباحث فى الدراسة الحالية على حساب الصدق بالطرق التالية :

١ – صدق المحكمين :

عرض الباحث المقياس الخاص بقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى بما فيه من عبارات مقترحة على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين فى مجال علم النفس لفحصها وإبداء الرأى حول مناسبة العبارات الخاصة بكل بعد ومدى مناسبتها للهدف التى شيدت من أجله والتأكد من صحة وصياغة عباراتها بحيث تصف وصفاً واضحاً للأداء المراد قياسه وبعد الأخذ بملاحظاتهم واقتراحاتهم تم استبعاد العبارات التى قرر المحكمين عدم صلاحيتها والإبقاء على العبارات التى أخذت ٩٠% فأكثر ، وقد اجتمعت آراء السادة المحكمين على مناسبة عبارات المقياس وصلاحيته لقياس حدة الاضطراب السلوكى لدى الطفل التوحدى .

٢ – الصدق المنطقى :

تم التحقق من الصدق المنطقى من خلال التأكد من مناسبة المقياس للمفحوصين ووضوح تعليماته وعباراته ، وسهولة عملية التصحيح وتفسير النتائج، وأن عبارات المقياس تمثل الأبعاد الأربعة الرئيسية وأن المقياس يقيس ما وضع لقياسه .

ثانياً – قائمة تشخيص إعاقة التوحد :

- هذه القائمة أعدتها الجمعية الأمريكية للطب النفسى ضمن الإصدار الرابع من الدليل الإحصائى لتشخيص الأمراض العقلية DSM IV لسنة ١٩٩٤ .
- وأخذت عن كابلان وآخرون (١٩٩٥) (Kaplan, Harold, et al., 1995) وقام بترجمتها ونقلها إلى العربية وتقنيتها : (ماجد السيد على عمارة ، ١٩٩٩) .

*** وصف المقياس :**

- تهتم هذه القائمة بتشخيص حالات التوحد ، وتحتوى على ثلاثة مجالات رئيسية بالإضافة إلى (١٥) بنداً فرعياً .
- المجال الأول : القصور النوعى فى التواصل الاجتماعى .
- المجال الثانى : القصور اللغوى .
- المجال الثالث : نماذج للتكرارية فى السلوك .
- المجال الرابع : قصور فى النمو .

وقد قام (ماجد السيد على عمارة) ببعض الخطوات لتقنين المقياس فى البيئة المصرية .

(ملحق رقم "٢")

طريقة التصحيح :

يتم تصحيح القائمة عن طريق إعطاء درجة واحدة أو درجتان أو ثلاثة درجات أو أربع درجات حسب درجة شدة القصور ، أما فى الحالات التى لا يوجد فيها قصور فتعطى الدرجة صفر .

ومعنى ذلك أنه كلما ارتفعت الدرجة كلما دل ذلك على حدة التوحد

ويراعى فى التصحيح ما يلى :

لكى يتم تشخيص الطفل بأنه توحدى لابد أن يتوافر فيه ٦ عناصر أو أكثر من البنود (أولاً ، ثانياً ، ثالثاً) على أن تكون منها عنصرين على الأقل من البند (أولاً) ، وعنصر واحد من البند (ثانياً) ، وعنصر واحد من البند (ثالثاً) ، كذلك لابد من توافر عنصر واحد على الأقل من بند (رابعاً) هذا بالإضافة إلى ضرورة ألا يكون الاضطراب هو الوصف الذى يتصف به اضطراب ريت Rett's Disordes وهو وجود ارتقاء مبكر يبدو طبيعياً أو قريباً من الطبيعى تليه حالة من الفقدان الجزئى أو الكامل للمهارات اليدوية المكتسبة ، مع انخفاض معدل النمو ، وتتميز على وجه الخصوص بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسيل اليدين النمطية .

الثبات :

تم حساب ثبات القائمة عن طريق إعادة التطبيق وذلك على عينة تتكون من (٣٠) طفل وتم تطبيق القائمة بطريقة فردية على أفراد العينة ثم تم إعادة التطبيق بعد ٢١ يوماً ، وتم حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثانى ، وكان معامل الارتباط ٠,٨٧ وهو معامل ارتباط يشير إلى درجة مقبولة من الثبات ، حيث تضمن لنا هذه الدرجة (معامل الارتباط) استخدام القائمة بأمان ، كما أن هذه الدرجة (معامل الارتباط) تشير إلى توفر أحد الشروط الهامة فى أدوات القياس وهو شرط ثبات الاختبار .

* الصدق :

تم حساب صدق القائمة بعد تطبيقها على عدد من المحكمين من أساتذة علم النفس والإرشاد النفسى والصحة النفسية للتأكد من صدق العبارات وصدق الترجمة ، حيث تم حساب نسبة الاتفاق بينهم عن طريق استخدام حساب معامل الارتباط ، ووجد أن هذه النسبة تصل إلى ٠,٩٠ .

(ماجد السيد على عمارة ، ١٩٩٩ ، ص ٨٢)

تقنين المقياس من قبل الباحث :

قام الباحث فى الدراسة الحالية بحساب معامل الثبات لقائمة تشخيص التوحد على عينة من الأطفال التوحديين بلغت (٣٠) طفلاً من العيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس وقد بلغ معامل الثبات ٠,٩٥

ثم قام الباحث بحساب صدق المقياس عن طريق صدق التجانس الداخلى للمقياس وبلغ صدق المقياس عند قيمة (ت) ٤٦,١ حيث إنه دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

ويوضح الجدول التالى رقم (١٨) معامل الثبات لقائمة تشخيص التوحد على النحو التالى :

ن =	معامل الثبات	قيمة ت	مستوى الدلالة
٣٠	٠,٩٥	٤٦,١	٠,٠١

ثالثاً – البرنامج العلاجى باللعب :

(إعداد الباحث)

مقدمة :

يتناول هذا الجزء من الدراسة شرحاً مفصلاً خطوات بناء البرنامج العلاجى باللعب المستخدم فى الدراسة الحالية ، وقد اشتمل هذا الجزء على أهداف البرنامج وأهميته وخطوات إعداده وحدوده ومحتوى الجلسات والأسس التى يجب مراعاتها عند تنفيذ البرنامج وأهم الاستراتيجيات التى تم من خلالها البرنامج وفى النهاية تقييم البرنامج .

ولما كانت عملية تربية وتعليم الأطفال التوحديين تهدف إلى معاونة الطفل على الاستفادة من بيئته والتواصل معها ، وذلك لأنه يظهر عجزاً واضحاً فى ترجمة انطباعاته عنها ، ولا يكون بمقدوره أن يتعرف عليها أو ينظمها وأحياناً يضطرب الطفل حينما يمر بخبرة إدراكية جديدة اضطراباً يصل به إلى الدرجة التى يتجنب بها هذه الخبرة وغيرها من الخبرات المماثلة ، ولهذا فهو فى حاجة إلى بيئة مستقرة ثابتة لها روتين راسخ فهى أفضل بالنسبة له من البيئة الحرة الطليقة .

(سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١ ، ص ٢٧٧)

ولذلك يحظى اللعب باهتمام بالغ من جانب المتخصصين فى علم النفس والتربية من زاوية تأثير سلوك اللعب على النمو النفسى والمعرفى للأطفال .

(Bemmett, N., 1997, p. 3)

ويستخدم اللعب كأسلوب تشخيصى وعلاجى مع الأطفال الصغار حيث يثبت اللعب كفاءته فى التعرف على مشكلات الأطفال ، نظراً لأن الأطفال لا يتكلمون بسهولة ووضوح عن مشاكلهم الدفينة ومن هنا أصبح اللعب هو الوسيلة التى توفر الفرصة للأطفال المعاقين لكى يشعروا بالكفاءة والفعالية والسرور والرضاء عن أنفسهم .

(وفاء عبد الجواد ، عزة خليل ، ١٩٩٩ ، ص ٩٢)

واللعب بالنسبة للطفل المعاق هو نفسه بالنسبة للطفل العادى ولكن ينقصه شيئاً واحداً ، ألا وهو إرشاد وتوجيه وتدريب الطفل المعاق لكيفية استخدام اللعب بطريقة مفيدة له .

(سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١ ، ص ١٤٨)

ولذلك يستخدم العلماء برنامج العلاج باللعب مع الأطفال التوحديين لتنمية اتصالهم بالمحيطين بهم ، ويضعون اللعب كأرضية أساسية فى أى برنامج يقدم لهؤلاء الأطفال .

(Jessica, K. 2000, p. 6)

ويؤكد أتباع مدرسة العلاج باللعب غير الموجه (Non-Directive Play Therapy) على أن اللعب الحر مصحوباً بجو من الصداقة والتقبل من جانب المعالج مع ترك الطفل أن يأخذ بزمام المبادرة يساعد الطفل أن يخرج صراعاته فى اللعب ويكون اللعب هنا بمثابة عملية تطهيرية مما يساعده على أن يتوافق مع المطالب الاجتماعية بشكل أكثر يسراً .

(سوزانا ميلر ، ١٩٨٧ ، ص ٢٧٥)

ويمكن الوصول إلى تحقيق ذلك الافتراض من خلال تحقيق الأهداف التالية :

أ – تعزيز السلوكيات الإيجابية لدى الطفل مما يساعده على تكرارها .

ب – منح الطفل حرية التعبير عن مشاعره وأفكاره دون خوف من العقاب مما يساعده على مواجهة مشكلاته .

جـ – تحقيق التواصل مع الطفل وإشعاره بالتقبل والحب غير المشروط مما يساعده على التوافق النفسى والاجتماعى .

د - كما يجب أن يشعر الطفل ببيئة آمنة يسودها الدفء مما يساعده على التخلص من مشاعر التوتر والقلق والخوف وترك النفس على سجيتها بتلقائية تساعده على التفاعل بشكل بناء .

- ولذلك يرى الباحث .. أن اللعب يعتبر من أحد الأساليب الهامة فى تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم واضطراباتهم النفسية والسلوكية .

- ولقد كانت هذه العوامل وغيرها هى الدافع وراء اختيار اللعب كأسلوب علاجى لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية "إيذاء الذات ونوبات الغضب - النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه - سلوك عجز التواصل مع الآخرين - السلوك العدوانى" وذلك لدى عينة من الأطفال التوحديين ، خاصة أن العلاج باللعب يصلح لجميع الأطفال فى مختلف الأعمار والمستويات الثقافية والاجتماعية ودرجات الصحة النفسية .

- مما يساعد الطفل التوحدى على تحقيق تكيفه مع نفسه ومع الآخرين والذى يتمثل فى العالم الخارجى للطفل ، وتكوين علاقات مع الآخرين تتسم بالود والصداقة ولا سيما مع أقرانه من الأخوة والزملاء من هم فى مثل سنه .

(١) مبررات البرنامج :

أكدت العديد من الدراسات السابقة على انتشار وشيوع الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين ومن هذه الدراسات ما يلى :
(Dennis, – (Lovaas and Smith, 1988) – (Ratekin, 1993)
et al., 1999) – (أيمن أحمد جبرة ، ١٩٨٤) – (عادل عبد الله ، ٢٠٠٢) .

- كما تؤكد هذه الدراسات أيضاً على أهمية وضع البرامج المناسبة للإقلال من حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى .

- ويرى (أحمد جمال ماضى أبو العزائم ، ٢٠٠٠ ، ص ٤٢) أن الاحتياجات الاجتماعية والعاطفية والعلمية لأبنائنا يجب أن تلبى وأن يراعى ذلك فى برامج تعليمهم ، وهذا ما تؤكده الدراسات السابقة على أهمية العلاج باللعب لخفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين ومن هذه الدراسات ما يلى :

– (Dawson, 1990) – (Wimpory, 1999) – (Nathaly, 1999)
(عبد الفتاح غزالى ، ١٩٩٧) – (سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١) – (خالد عبدالرازق، ٢٠٠١) – (عادل عبد الله ، ٢٠٠٢) .

– ولهذا قام الباحث بوضع برنامج علاجي باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين من سن ١٠ – ١٢ سنة حتى يتمكنوا من أن يمارسوا حياتهم بشكل يكاد يكون أقرب على السواء بدون أى صعوبات سواء فى عملية التكيف الشخصى أو الاجتماعى .

(٢) محكات وضع البرنامج :

أ – ***يعتمد البرنامج على الأسس العلمية للنظريات التالية وهى كالآتى :***

أولاً – نظرية الطاقة الزائدة :

وهى ترى أن اللعب هى أصل الفن وأنه تعبير عشوائى عن الطاقة الزائدة.

ثانياً – النظرية التلخيصية :

وتعتبر هذه النظرية أن نشاط اللعب ما هو إلا ملخصاً للعادات الحركية للجنس البشرى فى ماضيه حتى حاضره .

ثالثاً – نظرية الإعداد للعمل أو ممارسة المهارات :

وترى هذه النظرية أن اللعب وأوجه نشاطه مرحلة إعداد لوظائف الحياة المستقبلية وإعداد للعمل الجاد الصعب .

رابعاً – فلسفة بستالونزى وفروبيل فى اللعب :

وترى أن اللعب هو خير طريقة يتعلم من خلالها الطفل كما يسهم فى تربية الحواس .

(يسرية صادق ، زكريا الشربينى ، د . ت ، ص ١٢٥)

وتتضح أهمية اللعب فى أنه أنسب وسط تتاح فيه للطفل العديد من الفرص التعليمية المتنوعة لاكتساب العديد من أنماط السلوك الإيجابى مع أضعاف أنماط السلوك المضطرب والحد منه سواء كان عن طريق التنفيس أو عن طريق توجيه الطاقة الزائدة بشكل سليم للنهوض بالنمو الاجتماعى والانفعالى بشكل سليم.

ب - *المحك الثانى للبرنامج يتمثل فى مراعاة الآتى :*

- التدريب المناسب والفعال للأطفال مع مراعاة الفروق الفردية والظروف البيئية المحيطة ، مع البدء من حيث يكون الطفل دون تعريضه لخبرات فشل أو إحباط .
- الاستجابة للتغيرات الفردية والانطلاق من خلالها إلى تغيرات وتدريبات وألعاب جديدة وصولاً إلى أقصى استفادة من قدرات الطفل .
- إشراك الوالدين فى ألعاب الطفل وفى عملية التقييم أيضاً .

جـ- *المحك الثالث للبرنامج :*

"غرفة اللعب ومواصفاتها"

يجب أن تكون غرفة اللعب ذات مواصفات معينة بحيث لا تكون كبيرة مما تساعد على حدوث فوضى ، ولا تكون صغيرة بحيث تسبب القلق والإحباط والضيق والغضب .

- **أما عن أركان الأنشطة التى يجب أن تتوفر فى حجرة اللعب فهى :**

The Block Area	ركن المكعبات	(١)
A House Area	ركن المنازل	(٢)
Arts Area	ركن الأعمال الفنية	(٣)
Quiet Place Area	الركن الهادئ	(٤)
Construction Area	ركن الأعمال التشكيلية	(٥)
Music and Motor Activities Area	ركن الموسيقى والألعاب الحركية	(٦)
Sand and Water Area	ركن اللعب بالرمل والماء	(٧)
Animal and Plants Area	ركن الحيوانات والنباتات:	(٨)
Free Play Area	ركن اللعب الحر	(٩)

ولذلك يجب أن تنظم غرفة اللعب لتسهيل تعليم هؤلاء الأطفال مهارات اللعب ومن ثم مهارات الاتصال بالآخرين ، مع التأكيد على عدم المبالغة فى تزويد حجرة اللعب بالأدوات الكثيرة ، وذلك لأن كثرة هذه الأدوات يؤدى إلى تشتت انتباه هؤلاء الأطفال .

- ومن أهم أنواع الألعاب التى تحتوى عليها بيئة لعب الطفل التوحدى وفائدتها :

أ – ألعاب البناء والهدم :

وتشمل المكعبات الخشبية ، والخرز ... إلخ ، حيث الطفل العدوانى أن يدمر بناء من الكتل عدة مرات مما يساعده على إخراج مشاعره المكبوتة ومن ثم تساعده أيضاً على الانتباه والتركيز .

ب – ألعاب الرسم والتلوين :

حيث إن هذه الألعاب تساعد الطفل أن يعبر عن نفسه ويتواصل مع المحيطين به بشكل فعال ، كما أن هذه الألعاب تعطى الفرصة للطفل أن يسقط مشاعره ورغباته ومخاوفه وصراعاته عن طريق الرسوم .

جـ – ألعاب التشكيل :

مثل الصلصال والعجائن مما تساعد الطفل على الاتصال مع الآخرين كما أن هذه الألعاب تساعد الطفل على الشعور بالإنجاز .

د – ألعاب الدمى :

حيث تساعد هذه الألعاب على مساعدة الطفل على إخراج ما بداخله من انفعالات من خلال الدمى والتى تمثل العائلة والمحيطين بالطفل مما يساعدنا فى التعرف على مشاعر الطفل تجاه أفراد أسرته وذاته .

(عبد الفتاح غزال ، ١٩٩٣ ، ص ٨٩٩ : ٩٠١)

وقد أكدت (عفاف اللبابيدى وعبد الكريم خلايلة ، ١٩٩٨ ، ص ١٠٨) على عدم المبالغة فى تزويد حجرة اللعب بالأدوات الكثيرة لأنها تجعل الأطفال يلهون بها مما تعوق عمليات الاتصال سواء كانت اجتماعية أو لغوية بين الأطفال وبعضهم البعض .

د - *المحك الرابع للبرنامج يتمثل في : "دور المعالج في جلسات البرنامج العلاجي باللعب للطفل التوحدي" :*

- أكدت "كاميليا عبد الفتاح ، ١٩٩٨" على العلاقة التى يقيمها الطفل مع المعالج أثناء اللعب وما لها من قيمة كبيرة فى حد ذاتها وأن كل ما يفعله الطفل داخل الجلسة العلاجية له معانٍ عديدة بالنسبة للنشاط أى أن العلاقة بالمعالج لها قيمة كبيرة فى نجاح الخطة العلاجية وتحقيق أهدافها .

- ولذلك يجب على المعالج عمل بعض الأشياء الأساسية وهى كالآتى :

١ - أن يحرص المعالج على أن تكون علاقته مع الطفل تتسم بالألفة والمودة .
٢ - أن يتقبل الطفل كما هو تقبلاً تاماً .
٣ - أن يكون على يقظة تامة بما يحدث للطفل من تغيرات أثناء لعبه.
٤ - أن يقوم بتوجيه الطفل لاختيار أنشطته أثناء اللعب .
٥ - أن يتدخل فى اللعب مع الطفل لبعض الوقت لإعطائه الأمان والدفء .
٦ - أن يحدد مستوى الطفل الذى توقف عنده فى اللعب وذلك لتحديد نوعية الألعاب المعطاة له وذلك من أجل إثراء عملية الاتصال لدى الطفل .

(Suzanmes, M., 1996, p. 124)

هـ- *المحك الخامس :*

هناك اعتبارات يجب أن يؤخذ بها فى البرنامج :

١ - التنوع فى الأنشطة حتى لا يتسرب الملل إلى الأطفال .
٢ - التنوع فى المعززات المستخدمة .
٣ - التنظيم والترتيب لأى نشاط قبل بدءه .
٤ - تحديد مستويات بسيطة من السلوك كشرط لتقديم التدعيم .
٥ - اتباع الخطوات واحدة تلو الأخرى بطريقة متسلسلة .
٦ - معرفة كل الأبعاد الخاصة بكل طفل قدر الإمكان لإعطائه خبرات تناسبه .

(سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١ ، ص ٢٩٣)

٧ - احتواء البرنامج على ألعاب تخدم النمو الحركى والنفسى والاجتماعى والانفعالى للطفل .

(٣) أهداف البرنامج :

أولاً - الهدف العام للبرنامج :

إن الهدف العام والأساسى من إعداد برنامج علاجى باللعب هو خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين من سن ١٠ : ١٢ سنة.

ثانياً - الأهداف الإجرائية للبرنامج :

أ - تنمية بعض السلوكيات الاجتماعية مثل الطاعة والنظام والتواصل مع الآخرين .

ب - تعديل بعض السلوكيات الخاطئة لدى الطفل التوحدى مثل : إيذاء الذات ونوبات الغضب والعدوان تجاه الآخرين ، والنشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه .

جـ- تنمية وعى الطفل بذاته وبالآخرين .

د - الوقوف على دور المكافآت فى تدعيم سلوكيات هؤلاء الأطفال .

هـ- الوقوف على أهم الأنشطة الإيجابية التى يتأثر بها هؤلاء الأطفال للعمل على تعميم مثل هذه الأنشطة والألعاب ودمجها داخل البرامج المقدمة لهم .

و - تنمية قدرات الطفل العقلية والإدراكية .

ز - زيادة فهم الطفل لبيئته .

ح - تنمية قدرة الطفل التوحدى للعمل فى جماعة .

ط - تدريب الطفل على الحفاظ على ممتلكات الآخرين .

ى - تشجيع الطفل على التعبير الحر عما يدور بداخله .

(٤) أهمية البرنامج :

تبدو أهمية البرنامج فيما يلى :

أ - تنمية قدرة الطفل على التفاعل الاجتماعى والعمل فى جماعة .

ب - مساعدة الطفل على تنمية السلوكيات المرغوبة .

جـ- مساعدة البرامج التربوية على تحقيق الهدف المرجو منها وبالمدى الزمنى المطلوب .

د – تخفيف الضغوط الوالدية لآباء وأمهات الأطفال التوحديين والذين يعـانون من اضطرابات فى السلوك .

(٥) خطوات بناء البرنامج :

عند تصميم وبناء البرنامج التدريبى الخاص بتعديل السلوك تم مراعـاة الآتى :

أ – نوعية الفئة المستهدفة :

يقدم هذا البرنامج للأطفال التوحديين مما يتراوح :

- عمرهم من ١٠ : ١٢ سنة .
- نسبة توحدية متوسطة .
- مستويات اقتصادية وثقافية واجتماعية متوسطة .
- من الحاصلين على أعلى الدرجات فى السلوك المضطرب .
- لا يعانون من إعاقات أخرى .
- عدد أطفال العينة التجريبية (١٠) والضابطة (١٠) .

ب – الهدف من هذا البرنامج :

خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين ، وذلك مـن خلال أنشطة وألعاب مختلفة ومتنوعة .

جـ – محتوى البرنامج :

يحتوى البرنامج على مجموعة من الألعاب والأنشطة المختلفة التى تتسم بأنها فردية أو جماعية وبسيطة ، وتتضمن هذه الأنشطة والألعاب المختلفة الآتى:

*** ألعاب وتدريبات التنفس :**

الهدف منها :

- التحكم فى ضبط الانفعالات مثل الغضب وإيذاء الذات .
- التعامل مع المثيرات بطريقة مناسبة .
- تنمية القدرة على الانتباه والتركيز وإدراك الأشياء .
- تنمى لدى الطفل وحدته النفسية والجسمانية .
- إزالة التوترات النفسية التى يتعرض لها الأطفال التوحديين .

*** ألعاب وأنشطة حسية حركية :**

الهدف منها :

- تساعد الألعاب والأنشطة الحركية للأطفال التوحديين على نمو الانتباه والتركيز لديهم .
- تفريغ الطاقة الكامنة لدى هؤلاء الأطفال .
- تنمية الاتصال الاجتماعى من خلال الاندماج والتفاعل مع الآخرين .
- يمارس فيها هؤلاء الأطفال سلوك اجتماعى سليم مثل "تعاون – طاعة أوامر– نظام" .
- زيادة وعى الطفل بذاته وبالآخرين عن طريق تقليدى لحركات المدرسين أو المدربين .
- اكتساب الطفل قدرة على التعبير بالوجه .

ولهذا فإن الألعاب والأنشطة الحسية والحركية من الوسائل الهامة فى إكساب الطفل القدرة على التواصل والتفاعل مع الآخرين بشكل بناء وفعال .

*** ألعاب التشكيل :**

الهدف منها :

- التعبير عن المواقف العدوانية بشكل مقبول .
- الدخول فى مجال حل المشكلات بدلاً من إيذاء الذات .
- تنمية مفهوم النظام .
- تنمية الانتباه والتركيز لدى هؤلاء الأطفال .
- تفريغ الانفعالات والتوترات .

*** ألعاب السوائل والأنشطة المائية :**

الهدف منها :

- التنفيس عن انفعالات الطفل كالغضب والخوف .
- تساهم فى تحقيق النمو الانفعالى .
- تنمية ضبط الحواس الحسية والحركية .
- تنمية قدرته على الاكتشاف والتجريب واختبار الفروض .

*** الألعاب الدرامية :**

الهدف منها :

- تنمية سلوك التواصل مع الآخرين .
- لعب أدوار أعضاء الأسرة وفهم التفاعلات الدائرة بينهم .
- زيادة تفاعل الطفل مع الآخرين والتواصل معهم بشكل فعال .
- مساعدة الطفل على التخلص من التمركز حول ذاته .
- تنمية قدرة الطفل على فهم مشاعر الآخرين .

التحكيم على برنامج العلاج باللعب الخاص بالدراسة الحالية :

تم عرض البرنامج بعد إعداده وقبل البدء فى تطبيقه على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين من أساتذة علم النفس والطب النفسى وذلك بهدف التعرف على مناطق القوة واستثمارها ومعالجة مناطق القصور وتقويتها حيث حصل الباحث على نسبة ٩٨% من آراء المحكمين مما يدل على صلاحية البرنامج العلاجى باللعب .

(الملحق رقم [٣])

هناك مبادئ أساسية يجب اتباعها عند تطبيق البرنامج مع الطفل التوحدى :

١ - التدريب المتكرر لتثبيت المهارات عند الطفل التوحدى .
٢ - عمل جدول روتينى يومى مع الطفل التوحدى وذلك تبعاً لخصائصه .
٣ - لابد من الجمع بين إعطاء التعليمات وتنفيذ الحركات المناسبة لها وذلك عند طلب تنفيذها مهمة ما .
٤ - إثارة الدافعية عند هؤلاء الأطفال لتنمية الانتباه وتعلم مهارات جديدة .
٥ - توفير الوقت الكافى لتنفيذ المهمة .
٦ - وضع المهمة فى صورة خطوات صغيرة .
٧ - لابد من وضع نموذج يقلده الطفل فى كل المناشط الموجودة بالبرنامج .
٨ - توفير المكان المناسب لتطبيق البرنامج على أن يكون بعيد عن المشتتات .
٩ - استخدام أساليب التعزيز المناسبة .
١٠- مراعاة الفروق الفردية بين هؤلاء الأطفال .

(Margaret Whelan and Neil Walker, 1999)

وسوف يستخدم الباحث فنية النمذجة وتحليل السلوك والتعزيز أثناء تطبيقه للبرنامج مع هؤلاء الأطفال ، وسوف يكون التعزيز مادى أو معنوى .

الاستراتيجيات التى تم الارتكاز عليها فى تنفيذ البرنامج :

(أ) التعزيز الاجتماعى الموجب :

من المبادئ الهامة فى تشكيل السلوك أنه عندما يقوم الطفل بمحاكاة سلوك معين ثم يحصل على إثابة على هذا السلوك فإنه يميل إلى تكراره . فالأساليب السلوكية الخاصة بالتحفيز والتشجيع والإثابة غالباً ما تكون مؤثرة وفعالة فى زيادة وإثراء المهارات لدى الطفل المعاق ، وغالباً ما يكون التقدم فى المراحل الأولى للتدريب بطيئاً ويحتاج إلى مجهود من قِبل المشرف ، ولذلك فإنه بإمكان المشرف التأثير على سلوك الأطفال عن طريق إثابتهم على بعض الأشكال المعينة من السلوك التى يرى ضرورة تشجيعها عند هؤلاء الأطفال ومنها الآتى :

١ - الإثابة بواسطة الأشكال المختلفة للتعزيز الاجتماعى ومنها الاستجابة لضمان الفوز بمكافأة اجتماعية كالموافقة على الخروج للحديقة ، لفت نظر المشرف ، المديح والثناء على الطفل أو احتضانه .

٢ - الإثابة المادية : وتتلخص فى تقديم قطعة من الحلوى أو ما شابه ذلك .

(عزة محمد سليمان ، ١٩٩٦ ، ١١ : ١٢)

وبالنسبة للطفل التوحدى يجب المراعاة فى استخدام المديح معه ، فيجب ألا يزيد المديح عن الحد الطبيعى ، فمثلاً نمدحهم فقط عندما نرى أن الطفل يعمل فعلاً بجد تجاه تحقيق شئ معين ، وذلك لأن الطفل التوحدى يفسر هذا المديح على أنه تأكيد على قدرته وعلى استقلاله وهذا شئ يملؤه بالقلق وبالنسبة لما قد يترتب على ذلك وبالتالى نجده يتراجع لخوفه الشديد من البيئة الخارجية .

(سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١ ، ص ٣٠٠)

(ب) استخدام التوجيه :

التوجيه يكون إما يدوياً أو لفظياً ، ويقصد بالتوجيه اليدوى تلك المساعدة البدنية التى يقدمها المعلم أو المشرف لمساعدة الطفل المعاق على أداء المهارة المطلوبة ، ويستخدم المعلم بعض المهارات الحركية عندما يمسك يد الطفل مثلاً ويوجه حركاتها بطريقة تمكنه من أداء عمل مطلوب منه ويعد هذا الأسلوب أسلوباً جيداً لتعلم هؤلاء الأطفال مهارة جديدة وفى نفس الوقت الذى يقوم فيه

المعلم بتوجيه حركة الطفل يدوياً ، يجب عليه توجيهها لفظياً وذلك عن طريق إعطائهم بعض التعليمات اللفظية الخاصة بالطريقة التى تؤدى بها المهارة المطلوبة على نحو سليم .

(عبد الرحمن سيد ، ١٩٩٩ ، ص ١٩٦)

أما بالنسبة للطفل التوحدى لوجود مشكلة الشعور بعدم الأمان ، ومشكلة الاتصال والتواصل ، فقد أدت هذه المشاكل إلى اعتمادية الطفل الشديدة على الكبار الذين حوله ومن هنا كان السبيل للتدخل هو مساعدتهم عن طريق المساعدة الجسدية واللغوية .

ونعنى بالمساعدة الجسدية للطفل التوحدى هى الوقوف وراءه والإمساك بيده ثم بذراعه ... إلخ ، ثم محاولة البعد عن الطفل خطوة بعد خطوة وبالتدريج ، وإذا شعر الطفل بعدم الأمان فنقترب منه ثانية ، وأثناء إعطاء هذه المساعدة الجسدية لابد من التحدث إلى الطفل عن العمل أو النشاط الذى يقوم به .

وعندما يتوقف عن المساعدة الجسدية تصبح المساعدة الكلامية أساسية وضرورية وأن الوقوف خلف الطفل يعنى تشكيل نوعاً من الامتداد له ، وفى ذلك الوقت نكون قد مكنا الطفل من الشعور بالأمان .

(سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١ ، ص ٣٠١)

(جـ) استخدام أساليب التقليد :

تستخدم أساليب التقليد عندما يقوم المعلم بأداء مهارة معينة ، ويتوقع من الطفل تقليده فى أدائها ويمكن تعليم الطفل التقليد من خلال سلسلة من المهام والخطوات ، وبمجرد أن يصبح الطفل قادراً على التقليد ، فإنه يمكنه من التدريب على بعض المهارات عن طريق تقليد شخص آخر يؤدى هذه المهارات سواء أكانت بصرية أم لفظية أم حركية .

فقد استخدم (Bandora) ، (Conner) طريقة الاقتداء بالآخرين أو النمذجة Modeling فى علاج حالات كثيرة عند الأطفال وبالأخص حالات الأطفال التوحديين أو الأطفال الذين يعانون من الشيزوفرينيا ، وذلك لأن علاج هذه الحالات بالطرق التقليدية أثبتت فشلها لاعتمادها البالغ على التفاعل اللغوى وإنشاء علاقة قوية مع المعالج وهو ما لا يمكن تحقيقه مع مثل هؤلاء الأطفال ، فلذلك فإن أول الفنيات الرئيسية التى أثرت فى علاج مثل هذه الحالات هى

التدريب عن (طريق التقليد) أى تدريب الأطفال على تنمية السلوك غير اللفظى من خلال تقليده فهو غير لفظى يناسب تصرفاتهم .

ومنذ زمن اهتم لوفاس سنة (١٩٦٦) بتدريب مجموعة من التوحديين عن طريق مشاهدتهم أفلام خاصة لتعليم اللغة ، وقد أثبتت طريقة (لوفاس) نجاحها ، وذلك من خلال تقليد الأطفال لما رأوه ومن ثم اكتسبوا الكثير من المهارات اللغوية والأنماط السلوكية السبعة .

(عبد الوهاب كامل ، ١٩٩٩ ، ٢٣٠ : ٢٣١)

ومن هنا يؤكد الباحث على أهمية تدريب هؤلاء الأطفال على إتقان مهارة التقليد لما لها من أهمية كبرى فى اكتساب الكثير من السلوكيات المرغوبة عن طريق تقليد شخص آخر أو نموذج آخر يقوم بالسلوك المراد إكسابه .

دور الأسرة فى تنفيذ البرنامج :

إن العمل مع الطفل التوحدى بمفرده دون والديه لا يحدث تأثير فعال ، فلذلك يجب على الوالدين أن يشتركوا فى تنفيذ البرنامج وذلك بتنفيذ التعليمات التى يعطيها لهم الباحث فى مواصلة نفس طريقة تعليم أولادهم وأيضاً ملاحظة سلوك أولادهم وقياس مدى تأثرهم بالبرنامج فذلك يسهل عملية تدريب الطفل وإكسابه السلوكيات المرغوبة .

(سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١ ، ص ٣٠٥)

دور الأسرة فى الدراسة الحالية :

قبل البدء فى تنفيذ البرنامج العلاجى باللعب أجرى الباحث العديد من المقابلات مع أمهات وآباء الأطفال وأوضح لهم من الهدف من البرنامج ومبرراته وكيفية تنفيذ بعض المهام فى المنزل وأهمية الاشتراك بقدر الإمكان فى اللعب مع الطفل وتدعيمه وإثابته باستمرار وتشجيعه على اللعب بألعاب مختلفة وعديدة ، وأثناء تنفيذ البرنامج لاحظ الباحث أن دافعية الآباء والأمهات نحو لعب الطفل قد زادت مما أدى إلى تنظيم لقاءات دورية ومجمعة أسبوعياً لتبادل الخبرات بين الأسر وبعضها البعض ، وقد استمرت توجيهات الباحث طيلة تنفيذ البرنامج للأسرة حتى يحقق البرنامج العلاجى باللعب أهدافه المرجوة منه على أكمل وجه ممكن .

- **كيفية تنفيذ البرنامج :**

* قام الباحث بتحديد المدى الزمنى للبرنامج وعدد الجلسات والزمن التى تستغرقه كل جلسة وكذلك الأسلوب المستخدم فى التنفيذ ، وكان لابد من القيام بدراسة استطلاعية للتدريب على البرنامج .

* تم تحديد مظاهر الاضطراب السلوكى لدى الأطفال التوحديين وذلك من خلال مقياس الاضطرابات السلوكية .

* تم اختيار مجموعة من الألعاب والأنشطة المختلفة التى تتناسب مع قدرات وميول الطفل التوحدى .

* تم اختيار عينة من الأطفال التوحديين وتم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية تضم (١٠) أطفال، ومجموعة ضابطة تضم أيضاً (١٠) أطفال سن (١٠-١٢) سنة.

* وأجريت مقابلة مع المشرفين الذين يعملون مع هذه النوعية من الأطفال لتوضيح لهم الهدف من القيام بهذا البرنامج ، وشرح لهم الأنشطة المقدمة للبرنامج .

* تم اختيار مجموعة من الأنشطة والألعاب المختلفة منها (ألعاب حسية وحركية - ألعاب السوائل - ألعاب التشكيل - الألعاب الدرامية - ألعاب وتدريبات التنفس) والتى قام الباحث بإعدادها .

* ويتم معرفة مدى إسهام البرنامج فى خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى بناءً على تطبيق الباحث لمقياس الاضطرابات السلوكية بعد البرنامج .

(٦) الوقت الذى نفذ فيه البرنامج :

- نفذ البرنامج فى حدود (٦) أشهر ، بواقع (٤) جلسات فى الأسبوع وذلك أيام السبت ، الأحد ، الثلاثاء ، والأربعاء .
- ونفذ البرنامج فى الفترة من ٢٠٠٣/٦/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/١ .
- ثم فترة المتابعة بعد شهر من تطبيق البرنامج فى ٢٠٠٣/١٢/٣١ .
- ويتراوح زمن الجلسة من ٣٥ دقيقة إلى ٤٥ دقيقة وذلك لأن فترات الانتباه لدى هؤلاء الأطفال قصيرة كما أنهم سريعى الملل وخاصة فى الألعاب

الفردية، ولكن هناك بعض الأنشطة والألعاب قد تستغرق وقت أكثر وخاصة فى الألعاب الجماعية والزمن يتراوح من ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة .

- وقسم الباحث جلسات البرنامج على النحو التالى :

أ - أول شهرين وهما "يونيو – يوليو" سيطبق فيهما الألعاب الفردية .

ب - أربعة أشهر من أغسطس وحتى نوفمبر سيطبق فيهم الألعاب الجماعية.

جـ- وروعى فى ميعاد تنفيذ الجلسات أن تتم فى أوقات الراحة وذلك بالعيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس وذلك بأحد الفصول التى تتمتع بإضاءة وتهوية جيدتين وبعيدة عن المشتقات بالإضافة لتوافر إمكانيات مناسبة لتطبيق البرنامج .

د - ومن الأدوات التى استعان بها الباحث فى تنفيذ البرنامج "أقلام ملونة وشمع وأوراق ذات أحجام مختلفة وبالونات ومكعبات .

الجدول رقم (١٩) : يوضح الوقت الذى ينفذ فيه البرنامج

مدة البرنامج الكلي	٦ شهور من ١/٦/٢٠٠٣ إلى ١/١٢/٢٠٠٣ بالإضافة إلى شهر متابعة من ١/١٢/٢٠٠٣ إلى ٣١/١٢/٢٠٠٣م			
عدد الأسابيع	الأول	الثاني	الثالث	الرابع
عدد الغائبين	٣	٢	٥	١
عدد الحاضرين	٧	٨	٥	٩
مكان النشاط	فصل بالدور الأرضى بالعيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة			
زمن النشاط	من ٣٥ : ٤٥ دقيقة بالنسبة للألعاب الفردية ومن ٦٠ : ٩٠ دقيقة بالنسبة للألعاب الجماعية			
شكل النشاط: فردى	٧	٧	٧	٧
شكل النشاط: جماعى	-	-	-	-
نوع النشاط أو اللعبة	تدريبات التنفس	تدريبات التنفس	تدريبات التنفس	تدريبات التنفس
أيام المعالجات	الأسبوع السبت – الأحد – الثلاثاء – الأربعاء	الأسبوع	الأسبوع	الأسبوع
عدد الجلسات	٤	٤	٤	٤

تابع - الجدول رقم (١٩) : يوضح الوقت الذي ينفذ فيه البرنامج

عدد الجلسات	أيام المعالجات	عدد الأسابيع	نوع النشاط أو اللعبة	شكل النشاط: فردي	شكل النشاط: جماعي	زمن النشاط	مكان النشاط	عدد الحاضرين	عدد الغائبين	مدة البرنامج الكلي
٣	الأسبوع السبت – الأحد الثلاثاء – الأربعاء	الخامس	ألعاب حسية حركية (المرآة تتكلم، قلدني يا قطة، لعبة الكرة).	✓	-	من ٣٥ : ٤٥ دقيقة بالنسبة للألعاب الفردية، زمن ٦٠ : ٩٠ دقيقة بالنسبة للألعاب الجماعية	فصل بالدور الأرضى بالعيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة	٩	١	٦ شهور من ٢٠٠٣/٦/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/١ بالإضافة إلى شهر متابعة من ٢٠٠٣/١٢/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/٣١م
٣	الأسبوع	السادس	ألعاب حسية حركية (الأقنعة الورقية، وجه المهرج).	✓	-			٨	٢	
٣	الأسبوع	السابع	ألعاب حسية حركية (الصور الملونة، بصمات الأيدي والأقدام، العناية بالحديقة).	✓	-			١٠	-	
٣	الأسبوع	الثامن	ألعاب حسية حركية (فرز الرمل، صندوق الجرسون، وخز النحل).	✓	-			٩	١	

تابع – الجدول رقم (١٩) : يوضح الوقت الذى ينفذ فيه البرنامج

عدد الجلسات	أيام المعالجات	عدد الأسابيع	نوع النشاط أو اللعبة	شكل النشاط: فردى	شكل النشاط: جماعى	زمن النشاط	مكان النشاط	عدد الحاضرين	عدد الغائبين	مدة البرنامج الكلى
٤	الأسبوع السبت – الأحد الثلاثاء – الأربعاء	التاسع	ألعاب التشكيل	–	✓	من ٣٥ : ٤٥ دقيقة بالنسبة للألعاب الفردية ومن ٦٠ : ٩٠ دقيقة بالنسبة للألعاب الجماعية	فصل بالدور الأرضى بالعيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة	١٠	–	٦ شهور من ٢٠٠٣/٦/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/١ بالإضافة إلى شهر متابعة من ٢٠٠٣/١٢/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/٣١م
٤	الأسبوع	العاشر	ألعاب التشكيل	–	✓			٩	١	
٤	الأسبوع	الحادى عشر	ألعاب التشكيل	–	✓			٩	١	
٤	الأسبوع	الثانى عشر	ألعاب التشكيل	–	✓			١٠	–	

تابع – الجدول رقم (١٩) : يوضح الوقت الذى ينفذ فيه البرنامج

عدد الجلسات	أيام المعالجات	عدد الأسابيع	نوع النشاط أو اللعبة	شكل النشاط: فردى	شكل النشاط: جماعى	زمن النشاط	مكان النشاط	عدد الحاضرين	عدد الغائبين	مدة البرنامج الكلى
٤	الأسبوع السبت – الأحد الثلاثاء – الأربعاء	الثالث عشر	ألعاب التشكيل	–	✓	من ٣٥ : ٤٥ دقيقة بالنسبة للألعاب الفردية ومن ٦٠ : ٩٠ دقيقة بالنسبة للألعاب الجماعية	فصل بالدور الأرضى بالعيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة	١٠	–	٦ شهور من ٢٠٠٣/٦/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/١ بالإضافة إلى شهر متابعة من ٢٠٠٣/١٢/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/٣١م
٤	الأسبوع	الرابع عشر	ألعاب التشكيل	–	✓			٨	٢	
٤	الأسبوع	الخامس عشر	ألعاب التشكيل	–	✓			١٠	–	
٤	الأسبوع	السادس عشر	ألعاب التشكيل	–	✓			١٠	–	

تابع – الجدول رقم (١٩) : يوضح الوقت الذى ينفذ فيه البرنامج

عدد الجلسات	أيام المعالجات	عدد الأسابيع	نوع النشاط أو اللعبة	شكل النشاط		زمن النشاط	مكان النشاط	عدد الحاضرين	عدد الغائبين	مدة البرنامج الكلى
				فردى	جماعى					
٤	الأسبوع السبت – الأحد الثلاثاء – الأربعاء	السابع عشر	ألعاب السوائل	–	✓	من ٣٥ : ٤٥ دقيقة بالنسبة للألعاب الفردية ومن ٦٠ : ٩٠ دقيقة بالنسبة للألعاب الجماعية	فصل بالدور الأرضى بالعيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة	١٠	–	٦ شهور من ٢٠٠٣/٦/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/١ بالإضافة إلى شهر متابعة من ٢٠٠٣/١٢/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/٣١م
٤	الأسبوع	الثامن عشر	ألعاب السوائل	–	✓			١٠	–	
٤	الأسبوع	التاسع عشر	ألعاب السوائل	–	✓			١٠	–	
٤	الأسبوع	العشرون	ألعاب السوائل	–	✓			١٠	–	

تابع – الجدول رقم (١٩) : يوضح الوقت الذى ينفذ فيه البرنامج

عدد الجلسات	أيام المعالجات	عدد الأسابيع	نوع النشاط أو اللعبة	شكل النشاط		زمن النشاط	مكان النشاط	عدد الحاضرين	عدد الغائبين	مدة البرنامج الكلى
				فردى	جماعى					
٤	الأسبوع السبت – الأحد الثلاثاء – الأربعاء	الحادى والعشرون	ألعاب درامية	–	✓	من ٣٥ : ٤٥ دقيقة بالنسبة للألعاب الفردية ومن ٦٠ : ٩٠ دقيقة بالنسبة للألعاب الجماعية	فصل بالدور الأرضى بالعيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة	٩	١	٦ شهور من ٢٠٠٣/٦/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/١ بالإضافة إلى شهر متابعة من ٢٠٠٣/١٢/١ إلى ٢٠٠٣/١٢/٣١م
٤	الأسبوع	الثانى والعشرون	ألعاب درامية	–	✓			٨	٢	
٤	الأسبوع	الثالث والعشرون	ألعاب درامية	–	✓			١٠	–	
٤	الأسبوع	الرابع والعشرون	ألعاب درامية	–	✓			١٠	–	
الإجمالى=	٩٦ جلسة	٢٤أسبوع	٦ شهور	٨	١٦					

رابعاً – دراسة الحالة :

(إعداد الباحث)

* إن طريقة دراسة الحالة هى الطريقة التقليدية فى معظم بحوث علم النفس وهى استطلاعية فى منهجها وتركز على الفرد ، كما تهدف إلى التوصل للفروض عن طريق الملاحظة والمقابلة والتاريخ الاجتماعى والفحوص الطبية والاختبارات النفسية .
* إن دراسة الحالة والتى تدور حول الإنسان فى تفرده تعتبر الطريقة المفضلة لدى واضعى البرامج الخاصة بالأطفال التوحديين .
* كما يدعو "دولارد" إلى الأخذ بدراسة الحالة بوصفها منهجاً علمياً وذلك فى ضوء سبعة محكات وهى كالآتى :
  ١ – النظر إلى الفرد بوصفه عينة فى حضارة معينة .
  ٢ – فهم دوافع الشخص فى ضوء مطالب المجتمع .
  ٣ – تقدير الدور الهام للعائلة فى نقل هذه الحضارة .
  ٤ – إظهار الطرق التى تتطور بها الخصائص البيولوجية للفرد إلى سلوك اجتماعى والتفاعل مع الضغوط الاجتماعية .
  ٥ – النظر إلى سلوك الراشد فى ضوء استمرار الخبرة من الطفولة إلى الرشد .
  ٦ – النظر إلى الموقف الاجتماعى المباشر بوصفه عاملاً فى السلوك الحاضر وتحديد أثره على وجه الخصوص .
  ٧ – إدراك تاريخ الحياة من جانب المرشد ، بوصفه تنظيمياً مضاداً لسلسلة من الحقائق غير المرتبطة .

– وصف الاستمارة :

* وتغطى استمارة دراسة الحالة الموضوعات التالية :
  ١ – البيانات العامة أو الأولية .
  ٢ – الحالة الاقتصادية للأسرة .
  ٣ – الحالة الاجتماعية للأسرة .
  ٤ – التاريخ الأسرى .
  ٥ – التاريخ التطورى للحالة .

٦ - التاريخ التشخيصى للطفل التوحدى .
٧ - الاختبارات السيكولوجية التشخيصية .
٨ - الفحوصات الطبية والمعملية .

* وتتضمن دراسة الحالة البنود الموضحة بالاستمارة وتعرض فى صورتها النهائية (ملحق رقم "٤") .

* ويقوم الفاحص بوضع علامة (✓) فى المكان الملائم تحت (نعم) أو (لا) والإجابة على الأسئلة كما هو موضح بالاستمارة بطريقة مباشرة من الوالدين أو الاستعانة بأحد أفراد الأسرة وكذلك من الأخصائيين والطبيب المعالج وكذلك من خلال ملاحظة الباحث للحالة والاطلاع على السجلات والوثائق الخاصة بالحالة .

* وعند إعداد دراسة الحالة قام الباحث بالاطلاع على النماذج الخاصة بدراسة الحالة من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة سواء العربية أو الأجنبية ومنها على سبيل المثال وليس الحصر ما يلى :
(السيد الرفاعى ، ١٩٩٩) - (هدى أمين ، ١٩٩٩) - (سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١) - نادية إبراهيم ، ٢٠٠٢) .

- الهدف من دراسة الحالة :

أولاً- عند تصميم أى برنامج خاص بالأطفال التوحديين لابد من عمل دراسة حالة وذلك للعديد من الأسباب ومن أهمها ما يلى :

أ - معرفة احتياجات الطفل النفسية والاجتماعية وتطوره النمائى .
ب - معرفة ظروفه العائلية وتقرير مدى احتياجه للبرنامج العلاجى باللعب.
جـ- معرفة أسباب الاضطراب السلوكى لدى الطفل التوحدى .
د - الكشف عن كيفية تطور أساليب السلوك والاتجاهات عبر فترة زمنية معينة .

(س. و. ف فالنتين ، ١٩٧٩ ، ص ٣٣٦)

- ويتضح مما سبق أن دراسة الحالة تساعد فى المحافظة على تكامل الوحدة التى ندرسها كما تساعدنا أيضاً على دراسة كل البيانات الخاصة بالحالة بحيث تتأمل كل علاقاته وتفاعلاته مع الآخرين .

- كما أن طريقة دراسة الحالة يستطيع الباحث من خلالها النفاذ إلى أعماق الحالة بسبر غور السلوك المضطرب لدى الطفل التوحدى .
- وقد قام الباحث بعرض دراسة الحالة على السادة المحكمين للتأكد من صلاحيتها وبعد تعديل البنود التى حددها المحكمين وإلغاء البنود التى لم تحصل على أى موافقة وقد بلغت نسبة الموافقة على الصورة النهائية لاستمارة دراسة الحالة ٩٨% مما يعنى أنها صالحة للاستخدام مع الأطفال التوحديين من سن ١٠ : ١٢ سنة .

(ملحق رقم [٤])

ثانياً– استمارة المستوى الاقتصادى الاجتماعى الثقافى :

*** الهدف من الاستمارة :**

صممت هذه الاستمارة بهدف قياس المستوى الاقتصادى الاجتماعى الثقافى لأسرة الطفل ، حيث استخدم الباحث الاستمارة فى هذه الدراسة لضبط المتغير الاقتصادي والاجتماعى والثقافى لأفراد العينة الحالية (ضابطة وتجريبية)، وأيضاً لاحتياج الباحث إلى التعرف على الكثير من خصائص الوالدين المتمثل فى المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى من حيث الدخل ومستوى التعليم وغيرها من الأبعاد الأخرى أثناء محاولته الكشف عن ارتباط هذه النواحى بجوانب سلوك الطفل التوحدى واضطراب هذا السلوك .

*** وصف الاستمارة :**

- تكونت الاستمارة من سبع أبعاد لقياس المستوى الاقتصادى الاجتماعى الثقافى لأسرة الطفل وتم ترتيبها على النحو التالى :
  (أ) البيانات الأولية وتشمل :
  (الاسم ، المؤسسة ، الجنس ، السن ، محل الميلاد) .
  (ب) مستوى تعليم الأب والأم .
  (جـ) مهنة الأب والأم .
  (د) عدد الأخوة .
  (هـ) إمكانيات المنزل .
  (و) إجمالى دخل الأسرة .
  (ز) قضاء وقت فراغ الأسرة .

- كما تتدرج الاستمارة فى سبع مستويات كالتالى :
١ – منخفض جداً . ٢ – منخفض . ٣ – دون المتوسط .
٤ – متوسط . ٥ – فوق المتوسط . ٦ – مرتفع .
٧ – مرتفع جداً .

وتعتمد الاستمارة فى تحديد هذه المستويات على المؤشرات (الأبعاد) الآتية :

١ – بعد الدخل : ويقع فى ١٦ مستوى .
٢ – بعد التعليم : ويقع فى ٦ مستويات .
٣ – ويقع فى مستويين .

وقد تم التعبير عن هذه الأبعاد فى صورة أرقام .

إجراءات تطبيق الاستمارة وتصحيحها :

يحدد الفاحص رقماً خاصاً لكل فرد من أفراد العينة يكتبه على كراسة الأسئلة ويطلب من أولياء الأمور أن يجيبوا بصدق ودون حرج على الأسئلة ، وبعد ذلك يطلب من أولياء الأمور المفحوصين تكملة البيانات ثم تصحيح الاستمارة وفقاً لمفتاح التصحيح الخاص بها ، وتجمع درجات كل فرد للحصول على الدرجة الخام المعبرة عن المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة.

ثبات الاستمارة وصدقها :

أ – صدق الاستمارة :

تم عرض الاستمارة على (٥) من المحكمين وقد اتفقوا على صلاحيتها بنسبة ٩٨% .

ب – ثبات الاستمارة :

معامل الثبات ٠,٩١ وذلك باستخدام طريقة إعادة التطبيق فى حساب معامل الثبات . مما يدل على أن الاستمارة صالحة للتطبيق .

والجدول التالى رقم (٢٠) يوضح تقدير درجات استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى كما يلى :

جدول رقم (٢٠) : يوضح تقدير درجات استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة

بند ١		بند ٢		بند ٣		بند ٤		بند ٥		بند ٦	
س	د	س	د	س	د	س	د	س	د	س	د
أحياء عالية المستوى	٦	دكتوراة	٨	مطالعة الكتب	٣	ألعاب طفل إلكترونية	٤	قضاء وقت الفراغ فى النادى	٧	ممتلكات الأسرة:	
فوق المتوسط	٥	ماجستير	٧	مطالعة المجلات	٢	ألعاب كهربائية	٣	فى المسرح	٦	سيارة	١٩
مستوى متوسط	٤	دبلوم عالى	٦	مطالعة الجرائد	١	ألعاب بلاستيكية	٢	فى السينما	٥	كمبيوتر	١٨
أقل من المتوسط	٣	شهادة جامعية	٥			ألعاب خشبية	١	فى الكازينو	٤	جهاز تكييف	١٧
أحياء فقيرة	٢	شهادة فوق المتوسط	٤					زيارة الأقارب	٣	دش	١٦
عشوائيات أو عشش	١	متوسط	٣					حدائق عامة	٢	تليفون	١٥
		يقرأ ويكتب	٢					فى المنزل	١	تليفزيون ملون	١٤
		أمى	١							غسالة فول أوتوماتيك	١٣
										ثلاجة	١٢
										فيديو	١١
										مكنسة كهربائية	١٠
										سخان	٩
										غسالة عادية	٨
										راديو استريو	٧
										بوتاجاز	٦
										مدفأة كهربية	٥
										تليفزيون أبيض وأسود	٤
										مدفأة بوتاجاز	٣
										راديو كهربائى	٢
										راديو ترانزستور	١
ن . هـ	٦	ن . هـ	٨	ن . هـ	٣	ن . هـ	٤	ن . هـ	٧	ن . هـ	١٩

س = الاستجابة د = الدرجة ن . هـ = النهاية العظمى

النهاية العظمى للاستمارة = ٤٧

- وهذه الاستمارة تحتوى على ٦ بنود كل بند منها له نهاية عظمى قد تختلف عن النهاية العظمى للبنود الأخرى ، والجدول السابق يوضح طريقة تقدير الدرجات الخاصة بالمستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة .
- ويتم حساب الدرجة الكلية للمستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى عن طريق حساب المتوسط والانحراف المعيارى والدرجة المعيارية للبنود السابقة ثم تحول الدرجة المعيارية إلى درجة تائية .
- (والدرجة التائية عبارة عن درجة معيارية متوسطها ٥٠ وانحرافها ١٠ ، وهى تساوى = ٥٠ + الدرجة المعيارية × ١٠) لتعبر عن المستوى النهائى للأسرة اقتصادياً واجتماعياً وثقافياً .

(ملحق رقم [٥])

القسم السادس
الدراسة الاستطلاعية

أهداف الدراسة الاستطلاعية :

قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية قبل البدء فى الدراسة الأساسية حيث كان الهدف منها :

(١) القيام بمسح شامل للأطفال التوحديين من المترديين على العيادة الخاصة بذوى الاحتياجات الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة بصفة مستمرة من حيث الناحية العمرية والنمائية ومستوياتهم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية .

(٢) الاطلاع على السجلات والملفات الخاصة بهؤلاء الأطفال لأخذ فكرة شاملة عنهم وما هى الخدمات العلاجية التى قدمت لهم وهل يعانون من إعاقات أخرى أم لا بهدف تحديد حجم العينة الأمثل للدراسة .

(٣) التعرف على العاملين من أخصائيين ومشرفات بالعيادة لتوجيه الباحث توجيهاً صحيحاً والاستفادة من أهم خبراتهم وملاحظاتهم وتعريفهم أيضاً بطبيعة الدراسة والأهداف المرجوة منها .

(٤) مقابلة بعض أولياء الأمور للتعرف على أهم ملاحظاتهم وآرائهم حلو سلوكيات أبنائهم .

(٥) ملاحظة سلوكيات الأطفال وخاصة أثناء فترات الراحة المقررة لهم بين الأنشطة وكذلك عن طريق المقابلات الفردية مع هؤلاء الأطفال مما يلغى حاجز الخوف بين الأطفال .

(٦) التأكد من مدى ملائمة أنشطة وألعاب البرنامج العلاجى لهؤلاء الأطفال والزمن المناسب لتطبيق البرنامج .

(٧) التعرف على أهم الاعتبارات التى يجب أن يؤخذ بها فى البرنامج ومعرفة أهم المعززات التى يتلهف إليها الأطفال بهدف خلق الدافعية لديهم كلما أمكن أثناء تطبيق البرنامج عنهم .

(٨) اختيار عينة الدراسة المناسبة سواء التجريبية أو الضابطة بحيث تكون هذه العينة على أكبر قدر ممكن من التجانس .

(٩) وكذلك حساب الصدق والثبات لأدوات الدراسة للتأكد من صلاحيتها .

إجراءات الدراسة الاستطلاعية :

أولاً – مقابلة مع مسئولى العيادة :

قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية قبل البدء فى الدراسة الأساسية حيث كان الهدف منها :

- حيث تمت مقابلة مع مدير العيادة والمسئول عنها الأستاذ الدكتور/ عمر الشوربجى وكانت عن طبيعة العيادة وخدماتها التى تقدمها للأطفال والوسائل التعليمية والعلاجية والتأهيلية التى تقدم لهم وأهم مشكلاتهم التى يعانوا منها .
- كما تمت مقابلة مع المشرفات العاملات مع الأطفال التوحديين للتعرف مبدئياً على طبيعة الأطفال التوحديين وسلوكياتهم وما هى الاضطرابات السلوكية الأكثر شيوعاً لديهم .

وقد حققت المقابلة أهدافها من حيث :

١ – تم إعطاء المشرفات فكرة مبسطة وواضحة عن طبيعة الدراسة والهدف منها وذلك بهدف تحديد الأدوار بالنسبة لهم بالإضافة إلى الاستفادة من خبراتهم .

٢ – تم استبعاد الأطفال الذين يعانون من إعاقات أخرى .

٣ – تحديد الأطفال التوحديين الذين يعانون من اضطرابات سلوكية بشكل واضح ومتكرر .

٤ – تمت مقابلات مع الأطفال التوحديين والتعرف على أهم خصائصهم النمائية واحتياجاتهم ومشكلاتهم .

٥ – التعرف على الوقت الذى لا يمارس فيه الأطفال أى أنشطة حتى يمكن اختيار الوقت الملائم لتطبيق البرنامج فيه بحيث لا يتعارض تطبيق البرنامج مع أنشطة العيادة .

٦ – التعرف على أهم ملاحظات المشرفات حول البرنامج وأدوات الدراسة .

٧ - كما تم تحديد أحب الألعاب والأنشطة لدى هؤلاء الأطفال وأشدها تأثيراً فيهم .

٨ - كما تم تعريفى بأولياء الأمور وتسهيل عمل مقابلات معهم والخاصة بدراسة الحالة .

٩ - كما تم تعريفى بطبيعة المكان وترشيح أحد الفصول المناسبة لتطبيق البرنامج .

١٠- كما تم اختيار العينة المناسبة لطبيعة البرنامج من سن ١٠ : ١٢ سنة كما تم تحديد أدوار المشرفات فى البرنامج .

١١- كما تم تحديد أهم وأكثر الاضطرابات السلوكية التى يعانى منها الأطفال التوحديين وهى كما يلى :

أ - سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب .

ب - النشاط الحركى المفرط وتشتت الانتباه .

جـ- سلوك عجز التواصل مع الآخرين .

د - السلوك العدوانى .

ثانياً - اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية :

تم اختيار عينة من الأطفال التوحديين من سن ١٠ : ١٢ سنة والذين لا يعانون من إعاقات أخرى وقد تم اختيار (١٠) أطفال كعينة استطلاعية من ضمن الأطفال التوحديين من المترددين بصفة دائمة على العيادة وذلك بغرض تطبيق أدوات الدراسة عليهم وتطبيق بعض ألعاب وأنشطة البرنامج العلاجى .

نتائج الدراسة الاستطلاعية :

(١) بالنسبة للبرنامج :

(١) تم تحديد الزمن الذى سيتم فيه تطبيق البرنامج وهو فترات الراحة بين الأنشطة الخاصة بالأطفال التوحديين .

(٢) من حيث مكان التطبيق فقد تم اختيار أحد الفصول الواسعة والتى تتسم بإضاءة وتهوية ممتازة كما تتسم بقلة المشتتات بالإضافة إلى توافر العديد من الألعاب الجيدة والمناسبة .

(٣) كما تم اختيار العينة الأساسية للدراسة حيث كـان عـدد أطفـال العينـة التجريبية (١٠) أطفال والضابطة (١٠) وذلـك عـن طريـق الاختيـار العشوائى .

(٤) كما تم التأكد من ملاءمة الأنشطة والألعاب التى يحتوى عليهـا البرنـامج العلاجى باللعب لدى هؤلاء الأطفال من حيث استجاباتهم المرتفعـة لتلـك الأنشطة والألعاب والتى حازت على إعجابهم واهتمامهم إلى حدٍ ما .

(٢) بالنسبة لأدوات الدراسة :

تم التأكد من صلاحية أدوات الدراسة وتقنينها وذلك عن طريق إجـراء تجارب الصدق والثبات الذى أجراها الباحث أثناء الدراسة الاسـتطلاعية علـى الأدوات التالية :

أ - مقياس الاضطرابات السلوكية . *إعداد الباحث*

ب - قائمة تشخيص التوحد DSM-IV . *إعداد/ ماجد السيد عمارة*

جـ- البرنامج العلاجى باللعب . *إعداد الباحث*

د - دراسة الحالة . *إعداد الباحث*

هـ- استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة . *إعداد الباحث*

القسم السابع
إجراءات الدراسة وخطواتها

قام الباحث باتباع الخطوات التالية لإجراء الدراسة الميدانية :

- بعد حصول الباحث على موافقة المسئولين عن العيادة بإجراء الدراسة الميدانية على الأطفال التوحديين بالعيادة الخاصة لذوى الاحتياجات الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس . قام الباحث بدراسة استطلاعية من خلال زيارات متعددة للعيادة بهدف زيادة الألفة بين الباحث والأطفال ، والتأكد من صلاحية الأدوات ومدى مناسبتها للعينة .
- كما قام الباحث ببناء مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين بهدف تحديد أهم الاضطرابات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال .
- كما تم التأكد من صلاحية قائمة تشخيص التوحد DSM-IV من خلال تقنينها مرة أخرى والتأكد من الثبات والصدق الخاص بهذه القائمة .
- كما تم بناء برنامج علاجى باللعب من خلال اختيار أفضل وأحب الألعاب لهؤلاء الأطفال .
- كما تم أيضاً إعداد دراسة حالة واستمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى لأسرة الطفل التوحدى .
- وتم عمل الدراسة الاستطلاعية بهدف تجريب بعض جوانب من البرنامج على عينة استطلاعية من الأطفال التوحديين للتأكد من مدى صلاحيتها ومناسبتها لهؤلاء الأطفال حتى يأتى البرنامج بالأهداف المرجوة منه وهى خفض حدة الاضطرابات السلوكية لديهم .
- واختيرت عينة الدراسة من الأطفال المترددين على العيادة بصفة مستمرة ودائمة وثابتة من الذكور والإناث . ثم تطبيق استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة وكذلك مقياس الاضطرابات السلوكية وقائمة تشخيص التوحد على جميع الأطفال بالدراسة قبل بدء البرنامج التدريبى بهدف مجانسة عينتى الدراسة وتحديد المستوى المبدئى لكل طفل .

- وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متجانستين الأولى تجريبية والثانية ضابطة . ثم طبق البرنامج العلاجى باللعب على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة والتى لم تتعرض لأى أنشطة أو ألعاب خاصة بالبرنامج طوال فترة التطبيق .
- وطبق مقياس الاضطرابات السلوكية على الأطفال فى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج كمقياس بعدى أولى .
- طبق مقياس الاضطرابات السلوكية بعد انتهاء البرنامج بشهر كقياس بعدى ثان على المجموعة التجريبية فقط للتأكد من استمرار تأثير البرنامج على مجموعة الدراسة التجريبية .
- تم تحليل البيانات باستخدام طرق إحصائية مختلفة نحو تفسير النتائج فى ضوء الفروض الموجودة بالدراسة .

القسم الثامن
الأساليب الإحصائية المستخدمة
فى معالجة البيانات

استعان الباحث بالأساليب الإحصائية وذلك بغرض التحقق من ثبات وصدق الأدوات المستخدمة فى الدراسة الحالية ، حيث قام الباحث بحساب ثبات كل من مقياس الاضطرابات السلوكية ، وقائمة تشخيص التوحد ، واستمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة لعينة البحث وذلك بحساب أسلوب "ألفا كرونباخ "Reliability Analysis-scale "Alpha ولجأ الباحث أيضاً لاستخدام حسابات المتوسط الحسابى والانحرافات المعيارية وذلك لحساب التجانس بين مجموعات الدراسة فى متغيرات العمر الزمنى ، والمستوى الاجتماعى والاقتصادى والثقافى للأسرة ، ومقياس الاضطرابات السلوكية وقائمة تشخيص إعاقة التوحد .

وذلك بهدف التفرقة بين عينات البحث لمعرفة هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية حتى نستطيع أن نقول عنها أن العينتان مختلفتان ، لذلك قام الباحث بإجراء اختبار (ت) T-test ومستوى دلالاته . وعند وجود دلالة بمعنى اختلاف العينتان لجأ الباحث لحساب الأفضل من استقراء قيم المتوسطات وأيضاً للتحقق من صحة فروض الدراسة الحالية .

ونظراً لأن عدد أفراد العينة صغير لجأ الباحث لاختبار الفروق فى حالة الإحصاء اللابارامترى حيث قام الباحث بإجراء اختبار "مان وتنى" Mann Whitney Test للعينات المستقلة "غير المرتبطة" .

وفى حالة العينات المرتبطة قام الباحث بإجراء اختبار ولكوكسون "Wilcoxon test" وذلك لتأكيد نتائج البحث التى تم الوصول إليها من خلال اختبار (ت) T-test .

وقد تمت المعالجة الإحصائية السابقة باستخدام الحاسب الآلى على حزم البرامج الإحصائية SPSS Win الإصدار ٧,٥٥ وهو من البرامج الإحصائية العالمية المستخدمة فى هذا المجال وذلك بمعهد الإحصاء التابع لجامعة القاهرة .

وقد استعان الباحث بالمعادلة التالية :

$d = 2 + / \sqrt{d.f}$ أو

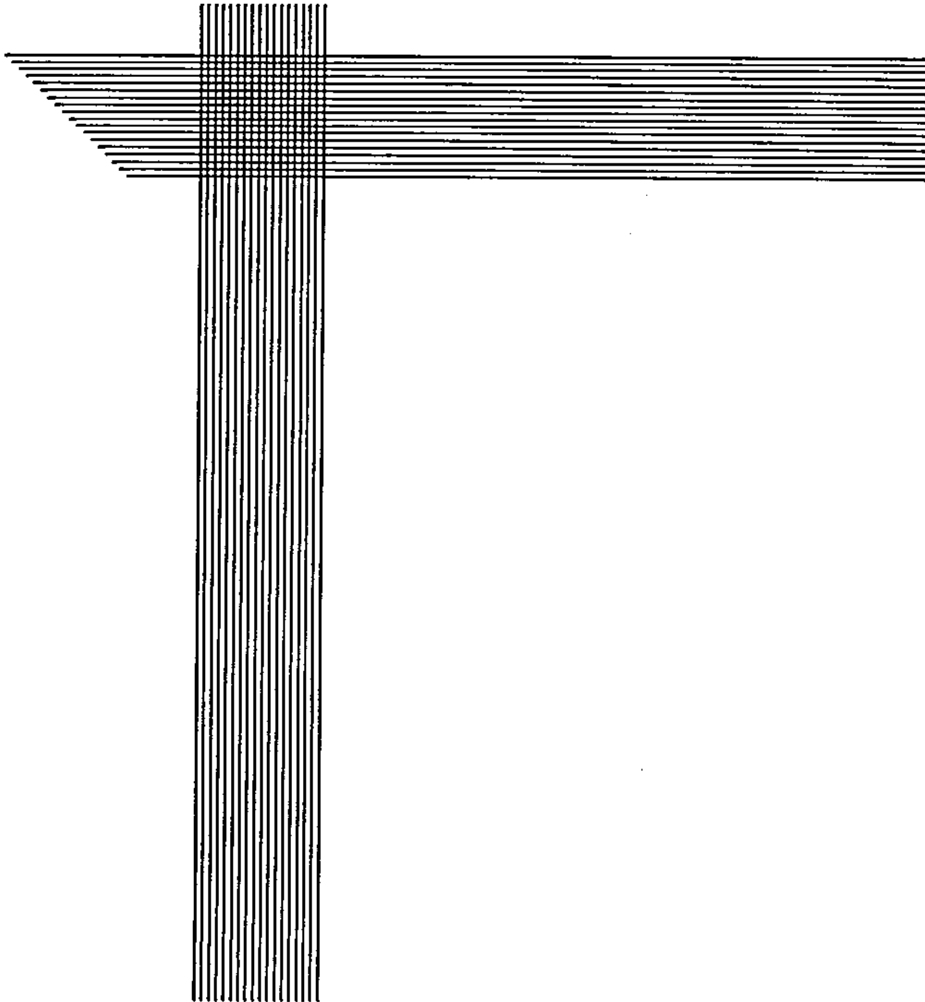
d = ٢ (ت) / √درجات الحرية

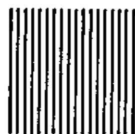
وذلك لمعرفة حجم التأثير ، ويكون حجم التـأثير عنـد (٠,٢) صـغير ومتوسط عند (٠,٥) وكبير عند (٠,٨) .

(رشدى فام منصور ، ١٩٩٦)

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها





الفصل الخامس
نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الدراسة .
مناقشة وتفسير النتائج .
التوصيات .
البحوث المقترحة .

النتائج ومناقشتها

* يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة الحالية والتحقق من مدى صدق فروضه ، حيث يبدأ الباحث بعرض كل فرض من فروض الدراسة ثم عرضه لنتائجه ثم تفسير تلك النتائج .
* كما يتناول هذا الفصل أيضاً نتائج دراسة الحالة ، ثم النتائج الخاصة بالتحليل الإكلينيكى للجلسات العلاجية بالوصف والتحليل .
* ويلى ذلك تعقيب عام على نتائج الدراسة مع تقديم التوصيات والمقترحات البحثية على ضوء ما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية .

نتائج الدراسة

أولاً – النتائج المتعلقة بالفرض الأول :

وينص على أنه : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) T-test كأسلوب إحصائى بارامترى لحساب الفروق بين متوسط درجات كل من أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجى باللعب وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية .

جدول رقم (٢١) : يوضح الفروق بين متوسط درجات كل من أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج فى تطبيق الأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية على مقياس الاضطرابات السلوكية

م	الأبعاد	متوسط حسابى		الانحراف المعيارى		الانحراف عن المتوسط		اختبار (ت) T-test	
		ضابطة بعد ن = ١٠	تجريبية بعد ن = ١٠	ضابطة بعد ن = ١٠	تجريبية بعد ن = ١٠	ضابطة بعد ن = ١٠	تجريبية بعد ن = ١٠	قيمة (ت) T-value	الدلالة
١	إيذاء الذات ونوبات الغضب.	٩٢,٧٠٠٠	٤٤,٩٠٠٠	٢,٤٥١٨	٥,٥٢١٧	٠,٧٧٥٣	١,٧٤٧٧	٢٥,٠٠١	٠,٠١
٢	النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه.	٩٢,٦٠٠٠	٣٦,٨٠٠٠	٣,١٦٩٣	٧,٩٩٧٢	١,٠٠٢٢	٢,٥٢٨٩	٢٠,٥١٢	٠,٠١
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	٩٥,٦٠٠٠	٦٤,٦٠٠٠	٢,٠٦٥٦	٥,٦٤١١	٠,٦٥٣٢	١,٧٨٣٩	١٦,٣١٨	٠,٠١
٤	السلوك العدوانى	٩١,١٠٠٠	٣٦,٣٠٠٠	٢,٩٢٣١	٧,٢٧٣٢	٠,٩٢٤٤	٢,٣٠٠٠	٢٢,١٠٧	٠,٠١
٥	إجمالى المقياس	٧٣٢	١٨٢,٦	٤,٤٢٢٢	١٧,٦٨٣١	١,٣٩٨٤	٥,٥٩٢١	٤٠,٦٤٤	٠,٠١

ويتضح مما سبق أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات كل من أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج في الأبعاد الأربعة لمقياس الاضطرابات السلوكية (إيذاء الذات ونوبات الغضب ، النشاط الحركي المفرط ونقص الانتباه ، سلوك عجز التواصل مع الآخرين ، السلوك العدواني) لصالح المجموعة التجريبية عند مستوى دلالة (٠,٠١) .

جدول رقم (٢٢) : يوضح الفروق فى أبعاد الاضطرابات السلوكية الأربعة على مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك فى المقياس البعدى الأول

م	الأبعاد	المجموعة	العدد ن	متوسط الرتب	قيمة U	الدلالة	قيمة Z	الدلالة	قيمة W	الدلالة
١	إيذاء الذات ونوبات الغضب	ضابطة بعد	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠١	٣,٧٨٨	٠,٠١	٥٥,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						
٢	النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه	ضابطة بعد	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠١	٣,٧٨٨	٠,٠١	٥٥,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	ضابطة بعد	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠١	٣,٧٩٤	٠,٠١	٥٥,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						
٤	السلوك العدوانى	ضابطة بعد	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠١	٣,٧٨٢	٠,٠١	٥٥,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						
٥	إجمالى المقياس	ضابطة بعد	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠١	٢,٨٠٣	٠,٠١	٥٥,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						

وبالنظر إلى الجدول السابق رقم (٢٢) نجد أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في اضطرابات السلوك عند مستوى دلالة (٠,٠١) لصالح أطفال المجموعة التجريبية.

كما وجد الباحث أن قيمة (U) وقيمة (Z) وكذلك قيمة (W) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) لصالح أطفال المجموعة التجريبية . مما يؤكد النتيجة التى حصلنا عليها سابقاً باستخدام اختبار (ت) T-test كأسلوب إحصائى بارامترى .

ثانياً – النتائج المتعلقة بالفرض الثانى :

وينص على أنه : "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) T-test كأسلوب إحصائى بارامترى لتوضيح الفرق بين متوسط درجات أطفال المجموعة الضابطة فى أبعاد السلوك المضطرب وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين . وذلك فى القياسين القبلى والبعدى ويوضح الجدول رقم (٢٣) نتائج هذا التحليل .

جدول رقم (٢٣) : يوضح الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس الاضطرابات السلوكية

م	الأبعاد	متوسط حسابى		الانحراف المعيارى		الانحراف عن المتوسط		اختبار (ت) T-test	
		ن = ١٠ ضابطة قبل التطبيق	ن = ١٠ ضابطة بعد التطبيق	ن = ١٠ ضابطة قبل التطبيق	ن = ١٠ ضابطة بعد التطبيق	ن = ١٠ ضابطة قبل التطبيق	ن = ١٠ ضابطة بعد التطبيق	قيمة (ت) T-value	مستوى الدلالة
١	إيذاء الذات ونوبات الغضب.	٩٢,٩٠٠٠	٩٢,٧٠٠٠	٢,٨٨٤٨	٢,٤٥١٨	٠,٩١٢٣	٠,٧٧٥٣	٠,١٦٧	غ . د
٢	النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه.	٩٣,١٠٠٠	٩٢,٦٠٠٠	٣,٣١٤٩	٣,١٦٩٣	١,٠٤٨٣	١,٠٠٢٢	٠,٣٤٥	غ . د
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	٩٦,٣٠٠٠	٩٥,٦٠٠٠	١,٧٦٧٠	٢,٠٦٥٦	٠,٥٥٨٨	٠,٦٥٣٢	٠,٨١٤	غ . د
٤	السلوك العدوانى	٩٠,١٠٠٠	٩١,١٠٠٠	٢,٨٤٦٠	٢,٩٢٣١	٠,٩٠٠٠	٠,٩٢٤٤	٠,٧٧٥	غ . د
٥	إجمالى المقياس	٣٧٢,٤	٣٧٢	٤,٢٧٤٠	٤,٤٢٢٢	١,٣٥١٥	١,٣٩٨٤	٠,٤٠٨	غ . د

ويتضح من الجدول السابق رقم (٢٣) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج – مع العلم أن المجموعة الضابطة لم تتعرض سواء قبل وبعد للبرنامج العلاجى باللعب – فى الأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية حيث إنه بالكشف عن قيمة (ت) وجد أنها غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) .

والجدول رقم (٢٤) يوضح الفرق بين أطفال المجموعة الضابطة فى الأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية فى القياس القبلى والقياس البعدى وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية للطفل التوحدى .

جدول رقم (٢٤) : يوضح الفرق بين أطفال المجموعة الضابطة فى الأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية فى القياس القبلى والقياس البعدى وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية للطفل التوحدى

م	الأبعاد	المجموعة	العدد ن	متوسط الرتب	U	مستوى الدلالة	قيمة Z	مستوى الدلالة	W	مستوى الدلالة	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
١	إيذاء الذات نوبات الغضب.	ضابطة قبل	١٠	١٠,٦٠	٤٩	٠,٠٥	٠,٠٧٦	٠,٠٥	١٠٤	٠,٠٥	٠,١٤٠	غ . د
		ضابطة بعد	١٠	١٠,٤٠								
٢	النشاط الحركى المفرط نقص الانتباه	ضابطة قبل .	١٠	١٠,٩٥	٤٥,٥	٠,٠٥	٠,٣٤٣	٠,٠٥	١٠٠,٥	٠,٠٥	٠,١٣٨	غ . د
		ضابطة بعد	١٠	١٠,٠٥								
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	ضابطة قبل	١٠	١١,٤٠	٤١	٠,٠٥	٠,٦٩٢	٠,٠٥	٩٦	٠,٠٥	٠,٠٤٩	غ . د
		ضابطة بعد	١٠	٩,٦٠								
٤	السلوك العدوانى	ضابطة قبل	١٠	٩,٣٥	٣٨,٥	٠,٠٥	٠,٨٧٦	٠,٠٥	٩٣,٥	٠,٠٥	٠,٠٥٦	غ . د
		ضابطة بعد	١٠	١١,٦٥								
٥	الإجمالى	ضابطة قبل	١٠	٥,٣٣	٤٤	٠,٠٥	٠,٤٦٢	٠,٠٥	٩٩	٠,٠٥	٠,٣٨٣	غ . د
		ضابطة بعد	١٠	٥,٧٥								

ويتضح من الجدول السابق رقم (٢٤) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج ، وقد وجد الباحث أن (U) الجدولية = ٢٣ عند ن ١ = ١٠ ، ن ٢ = ١٠ ولاحظ أن قيمة (U) المحسوبة للاضطرابات السلوكية أعلى من قيمة (U) الجدولية . كما وجد الباحث أن قيمة (Z) غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) وقد أكد ذلك قيمة (W) ، والنسبة الفائية .

مما يؤكد صحة الفرض السابق بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج .

ثالثاً – النتائج المتعلقة بالفرض الثالث :

وينص على أنه : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدى من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث الأسلوب الإحصائى البارامترى وذلك من خلال اختبار (ت) T-test وذلك لتوضيح دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى بالنسبة للأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية ويوضح الجدول رقم (٢٥) نتائج هذا التحليل .

والجدول رقم (٢٥) يوضح الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس الاضطرابات السلوكية وذلك باستخدام اختبار (ت) T-test .

جدول رقم (٢٥) : يوضح الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين

م	الأبعاد	متوسط حسابى		الانحراف المعيارى		الانحراف عن المتوسط		اختبار (ت) T-test	
		ن = ١٠ تجريبية قبل التطبيق	ن = ١٠ تجريبية بعد التطبيق	ن = ١٠ تجريبية قبل التطبيق	ن = ١٠ تجريبية بعد التطبيق	ن = ١٠ تجريبية قبل التطبيق	ن = ١٠ تجريبية بعد التطبيق	قيمة (ت) T-value	مستوى الدلالة
١	إيذاء الذات ونوبات الغضب.	٩٢,٩١٠٠	٤٤,٩٠٠٠	٢,٣٣١٠	٥,٥٢٦٧	٠,٧٣٧١	١,٧٤٧٧	٢٥,٣٠٦	٠,٠٥
٢	النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه.	٩٢,٥٠٠	٣٦,٨٠٠٠	٣,٢٠٥٩	٧,٩٩٧٢	١,٠١٣٨	٢,٥٢٨٩	٢٠,٤٤٤	٠,٠٥
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	٩٦,٤٠٠٠	٦٤,٦٠٠٠	١,٥٧٧٦	٥,٦٤١١	٠,٤٩٨٩	١,٧٨٣٩	١٧,١٦٨	٠,٠٥
٤	السلوك العدوانى	٩٠,٧٠٠٠	٣٦,٣٠٠٠	٢,٣٥٩٤	٧,٢٧٣٢	٠,٧٤٦١	٢,٣٠٠٠	٢٢,٤٩٨	٠,٠٥
٥	إجمالى المقياس	٣٧٢,٥١	١٨٢,٦	٤,٦٠٠٧	١٧,٦٨٣٦	١,٤٥٤٩	٥,٥٩٢١	٣٩,٥١٢	٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق رقم (٢٥) صحة الفرض الثالث وهو "أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيـــق البرنـــامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدى من حيث تخفيف حدة الاضطرابات الســـلوكية لدى أطفال المجموعة التجريبية". وبالكشف عن قيمة (ت) وجد أنها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) .

والجدول رقم (٢٦) يوضح الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية فـــى الأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية فى القياسين القبلى والبعدى على مقيـــاس الاضطرابات السلوكية .

جدول رقم (٢٦) : يوضح الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية فى الأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس الاضطرابات السلوكية

م	الأبعاد	المجموعة	العدد ن	متوسط الرتب	قيمة U	الدلالة	قيمة Z	الدلالة	قيمة W	الدلالة
١	إيذاء الذات ونوبات الغضب	تجريبية قبل	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠٥	٣,٧٨٥	٠,٠٥	٥٥,٠٠	٠,٠٥
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						
٢	النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه	تجريبية قبل	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠٥	٣,٧٨٧	٠,٠٥	٥٥,٠٠	٠,٠٥
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	تجريبية قبل	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠٥	٣,٧٩١	٠,٠٥	٥٥,٠٠	٠,٠٥
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						
٤	السلوك العدوانى	تجريبية قبل	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠٥	٣,٧٨٤	٠,٠٥	٥٥,٠٠	٠,٠٥
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						
٥	إجمالى المقياس	تجريبية قبل	١٠	١٥,٥٠	٠,٠٠	٠,٠٥	٢,٨٠٥	٠,٠٥	٥٥,٠٠	٠,٠٥
		تجريبية بعد	١٠	١٥,٥٠						

ويتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدى من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية وهذا يشير إلى أن القياسين مختلفين حيث قلت حدة الاضطرابات السلوكية لدى أفراد المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدى عن التطبيق القبلى وذلك عند مستوى دلالة إحصائية (٠,٠٥) سواء لقيمة Z ، وقيمة U وهى نفس النتيجة التى تم التوصل إليها من خلال استخدام اختبار (ت) T-test .

رابعاً – النتائج المتعلقة بالفرض الرابع :

وينص على أنه : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدى (١) ودرجاتهم فى التطبيق التالى لفترة المتابعة (٢) لمقياس الاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدى للمتابعة (٢)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث الأسلوب الإحصائى البارامترى بطريقة اختبار (ت) T-test لتوضح دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين التطبيق البعدى (١) ، والتطبيق التالى لفترة المتابعة (٢) على مقياس الاضطرابات السلوكية ويوضح الجدول رقم (٢٧) نتائج هذا التحليل .

والجدول رقم (٢٧) يوضح دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى (١) والمتابعة (٢) بالنسبة للأبعاد الأربعة فى الاضطرابات السلوكية وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين .

جدول رقم (٢٧) : يوضح دلالة الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى (١) والمتابعة (٢) بالنسبة للأبعاد الأربعة فى الاضطرابات السلوكية وذلك على مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين

م	الأبعاد	متوسط حسابى		الانحراف المعيارى		الانحراف عن المتوسط		اختبار (ت) T-test	
		تجريبية بعد (١)	تجريبية بعد (٢)	تجريبية بعد (١)	تجريبية بعد (٢)	تجريبية بعد (١)	تجريبية بعد (٢)	قيمة (ت) T-value	الدلالة
١	إيذاء الذات ونوبات الغضب.	٤٤,٩٠٠٠	٤٢,٥٠٠	٥,٥٢٦٧	٦,٣٢٨٩	١,٧٤٧٧	٢,٠٠١٤	٠,٩٠٣	٠,٠٥
٢	النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه.	٣٦,٨٠٠٠	٣٤,٦٠٠٠	٧,٩٩٧٢	٨,٤٧٤٨	٢,٥٢٨٩	٢,٦٨٠٠	٠,٥٩٧	٠,٠٥
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	٦٤,٦٠٠٠	٦١,٥٠٠٠	٥,٦٤١١	٤,٩٢٧٢	١,٧٨٣٩	١,٥٥٨١	١,٣٠٩	٠,٠٥
٤	السلوك العدوانى	٣٦,٣٠٠٠	٣٣,٧٠٠٠	٧,٢٧٣٢	٦,٤٦٤٤	٢,٣٠٠٠	٢,٠٤٤٢	٠,٨٤٥	٠,٠٥
٥	إجمالى المقياس	١٨٢,٦	١٧٢,٣	١٧,٦٨٣٦	١٧,١٣٥١	٥,٥٩٢١	٥,١٢٣١	١,٢٠١	٠,٠٥

وبالنظر إلى الجدول رقم (٢٧) يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياس البعدى (١) وفترة المتابعة (٢) لصالح القياس البعدى (٢) وذلك على الأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية مما يدل على استمرارية فاعلية وتأثير البرنامج العلاجى باللعب على المجموعة التجريبية فى فترة المتابعة أى فى القياس البعدى (٢) .

ومن حيث المتوسطات كانت متوسط درجات المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدى (١) كانت (١٨٢,٦) درجة فى حين كانت درجات نفس المجموعة في التطبيق البعدى (٢) كانت (١٧٢,٣) وقيمة (ت) = ١,٢٠١ وهى دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) وهذا يعنى أن الفروق التى حدثت بين التطبيق البعدى (١) ، والبعدى (٢) فى الأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية كانت لصالح التطبيق البعدى (٢) .

والجدول رقم (٢٨) يوضح الفروق بين التطبيق بعدى (١) ، بعدى (٢) للمجموعة التجريبية فى تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين .

جدول رقم (٢٨) : يوضح الفروق بين التطبيق بعدى (١) ، بعدى (٢) للمجموعة التجريبية
فى تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين

م	الأبعاد	المجموعة	العدد ن	متوسط الرتب	قيمة U	الدلالة	قيمة Z	الدلالة	قيمة W	الدلالة
١	إيذاء الذات ونوبات الغضب	تجريبية بعد (١)	١٠	١٢,٢٠	٣٣	٠,٠١	١,٢٩٧	٠,٠١	٨٨,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد (٢)	١٠	٨,٨٠						
٢	النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه	تجريبية بعد (١)	١٠	١١,٨٠	٣٧	٠,٠١	٠,٩٨٦	٠,٠١	٩٢,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد (٢)	١٠	٩,٢٠						
٣	سلوك عجز التواصل مع الآخرين	تجريبية بعد (١)	١٠	١٢,٧٠	٢٨	٠,٠١	١,٦٧٦	٠,٠١	٨٣,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد (٢)	١٠	٨,٣٠						
٤	السلوك العدوانى	تجريبية بعد (١)	١٠	١٢,١٠	٣٤	٠,٠١	١,٢١٣	٠,٠١	٨٩,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد (٢)	١٠	٨,٩٠						
٥	إجمالى المقياس	تجريبية بعد (١)	١٠	٦,١	٣٣	٠,٠١	١,٢٩٣	٠,٠١	٨٨,٠٠	٠,٠١
		تجريبية بعد (٢)	١٠	٤,٤						

ويتضح من الجدول السابق رقم (٢٨) أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين التطبيق البعدى (١) ، والتطبيق البعدى (٢) ، لصالح التطبيق البعدى (٢) فى الأبعاد الأربعة للاضطرابات السلوكية وهى نتيجة تؤكد ما حصلنا عليه سابقاً من اختبار (ت) ، والتى أكدت نفس النتيجة مما يزيد الثقة فيها .

خامساً – النتائج المتعلقة بالفرض الخامس :

وينص على أنه : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التغير الذى حدث للمجموعة الضابطة والتغير الذى حدث للمجموعة التجريبية (أى صافى الفرق بين النقلة التى حدثت للمجموعة الضابطة والنقلة التى حدثت للمجموعة التجريبية)".

وللتحقق من صحة الفرض قام الباحث بحساب الفرق لدى أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه وأيضاً بحساب الفرق لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد ويلى ذلك استخدام الأسلوب الإحصائى البارامترى بطريق اختبار (ت) T-test لتوضيح صافى الفرق بين النقلة التى حدثت للمجموعة الضابطة والنقلة التى حدثت للمجموعة التجريبية .

والجدول رقم (٢٩) يوضح الفرق لدى المجموعة الضابطة والتجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين .

جدول رقم (٢٩) يوضح الفرق لدى المجموعة الضابطة والتجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		اختبار (ت) T-test	
ن = ١٠	ن = ١٠	ن = ١٠	ن = ١٠	قيمة (ت) T-value	مستوى الدلالة
م	ع	م	ع		
٠,٤	٠,١٤٨٤	١٨٩,٩١	١٩,٩٨٣٦	٤١,٧٤٥١	٠,٠٠١

ويتضح من الجدول السابق رقم (٢٩) صحة الفرض الخامس وهو أنه توجد فروق بين التغير الذى حدث للمجموعة الضابطة والتغير الذى حدث للمجموعة التجريبية .

أى أن صافى الفرق بين النقلة التى حدثت للمجموعة التجريبية والضابطة كان لصالح المجموعة التجريبية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح المجموعة التجريبية .

مناقشة وتفسير النتائج

أثبتت الدراسة مدى تأثير وفعالية البرنامج العلاجي باللعب فى خفض حدة الاضطرابات السلوكية والتى تتضمن الأبعاد الأربعة التالية :

(١) إيذاء الذات ونوبات الغضب .
(٢) النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه .
(٣) سلوك عجز التواصل مع الآخرين .
(٤) السلوك العدوانى .

لدى الأطفال التوحديين ويمكن توضيح ذلك من خلال ما يلى :

بالنسبة للفرض الأول :

وينص على أنه : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية".

- وقد أثبتت الدراسة الحالية صحة هذا الفرض حيث أدى استخدام العلاج باللعب مع أطفال المجموعة التجريبية إلى زيادة مستوى الانتباه لديهم بشكل جيد كما انخفضت حدة النشاط الحركى لديهم عكس المجموعة الضابطة التى لم تتعرض للعلاج باللعب .
- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :
(Allan and Berry, 1987) – (Sogan et al., 1967) – (Ball and James, 1996) – (Lewy, Dawson, 1992) – (Field et al., 1997).
حيث أكدت الدراسات السابقة على أن العلاج باللعب مكن أطفال المجموعة التجريبية من الانتباه للأنشطة والألعاب وتنفيذ المهام والاندماج – بقدر الإمكان – مع الأقران مما ساعد بدوره إلى خفض حدة السلوك الحركى المفرط .
- كما توصلت الدراسة الحالية إلى أن العلاج باللعب أدى إلى انخفاض حدة السلوك العدوانى لدى الأطفال التوحديين مع زيادة قدرتهم على الاندماج مع الأقران وزيادة القدرة إلى حد ما على التعبير عن الغضب وعدم إيذاء الذات وهذا راجع إلى انصراف الطفل عن ذاته والاتجاه نحو الآخرين والأشياء والاندماج معهم .

- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :
- (Koegel and Koegel, 1990) – (Matson et al., 1990) – (Wheeler and Carter, 1998) – (Sweeney et al., 1999) (جمال شكرى محمد ، ١٩٩٨) – (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٠) .

والتى أثبتت أن اللعب يساعد الطفل التوحدى على الخروج من عزلته وبالتالى تقل حدة السلوك العدوانى سواء تجاه الآخرين أو تجاه الذات .

- كما توصلت الدراسة الحالية إلى أن أنشطة اللعب تساعد على زيادة مهارات التواصل مع الآخرين والقدرة على التفاعل الإيجابى مع الأحداث والمواقف الاجتماعية .

- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :
- (Damielle-Tharp, 1995) – (Magda, Cambell, 1996) – (Renny-Hogen, 1997) – (Wimpory, C. 1999) – (Buhagiar, 1999) – (Cartes, C., 2001) – (سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١) – (عادل عبد الله ، ٢٠٠٢).

حيث أكدت الدراسات السابقة على أن العلاج باللعب مكن أطفال المجموعة التجريبية من الانتباه للأنشطة والألعاب وتنفيذ المهام والاندماج – بقدر الإمكان – مع الأقران مما ساعد بدوره إلى خفض حدة السلوك الحركى المفرط .

- كما توصلت الدراسة الحالية أن العلاج باللعب أدى إلى انخفاض حدة السلوك العدوانى لدى الأطفال التوحديين مع زيادة قدرتهم على الاندماج مع الأقران وزيادة القدرة إلى حدٍ ما على التعبير عن الغضب وعدم إيذاء الذات وهذا راجع إلى انصراف الطفل عن ذاته والاتجاه نحو الآخرين والأشياء والاندماج معهم .

- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :
- (Koegel and Koegel, 1990) – (Matson et al., 1995) – (Wheeler and Carter, 1998) – (Sweeney et al., 1999) (جمال شكرى محمد ، ١٩٩٨) – (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٠) .

والتى أثبتت أن اللعب يساعد الطفل التوحدى على الخروج من عزلته وبالتالى نقل حدة السلوك العدوانى سواء تجاه الآخرين أو تجاه الذات .

- كما توصلت الدراسة الحالية إلى أن أنشطة اللعب تساعد على زيادة مهارات التواصل مع الآخرين والقدرة على التفاعل الإيجابى مع الأحداث والمواقف الاجتماعية .
- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :

– (Danielle-Tharp, 1995) – (Magda, Cambell, 1996) – (Renny-Hogen, 1997) – (Wimpory, C. 1999) – (Buhagiar, 1999) – (Carter, C., 2001) – (سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١) – (عادل عبد الله ، ٢٠٠٢) .

والتى أثبتت أن البرنامج الذى يحتوى على ألعاب يساعد الطفل التوحدى على زيادة مهارات التواصل مع الآخرين بشكل فعال سواء بالعين أو بالتلامس .

- كما توصلت الدراسة الحالية إلى أن تنوع الألعاب التى يستخدمها الطفل التوحدى وإثراء بيئة اللعب لديه مع تنظيمها يساعد على خفض حدة المشاكل أو الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين .
- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :

– (Andrews, 1993) – (Wimpory, 1995) – (Vig. S., 1995) – (إسماعيل محمد بدر ، ١٩٩٧) – (Sweeny, 1999) .

والتى أثبتت أنه يمكن خفض حدة المشاكل التى يعانى منها الطفل التوحدى مثل سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب ، والسلوك العدوانى ، وسلوك عجز التواصل مع الآخرين ، والنشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه عن طريق تدريب الطفل التوحدى على اللعب من خلال بيئة ثرية بالألعاب المختلفة .

- ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض فى ضوء الإطار النظرى للدراسة الحالية والذى يؤكد على أن اللعب يساهم بشكل كبير فى إكساب الطفل التوحدى كفاءة اجتماعية ، ومعلومات شخصية ، ومثال على ذلك حسن استغلال قدرته الحركية مما يكسب هذا الطفل الاعتماد على النفس وزيادة التركيز بشكل جيد.

(محمد بن أحمد عبد العزيز ، ٢٠٠٠ ، ص ١١٤)

- وقد دلت تجربة العلاج باللعب على مدى النجاح الذى تحقق مع الأطفال التوحديين من تحسن واضح فى مجالات شتى أولهما : الاتصال والعلاقة بالأخوة ، وتحسن مهاراتهم اللغوية وأيضاً تحسنت سلوكياتهم أثناء اللعب الذى يتيح للطفل أن يكون على سجيته فتتكشف رغباته وميوله واتجاهاته تلقائياً ، مما يؤكد أن اللعب هو اللغة التى يتحدث بها الطفل عن نفسه وطريقته فى التفاعل مع العالم المحيط .

(سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١ ، ص ١٥٨)

وبهذا ثبت صحة الفرض الأول حيث وحد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية .

بالنسبة للفرض الثانى :

وينص على أنه : "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج" .

- وقد أثبتت الدراسة الحالية صحة هذا الفرض حيث لم تتعرض أفراد المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجى باللعب وبالتالى ظلوا يعانون من حدة الاضطرابات السلوكية لديهم وبشكل واضح .

- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :

(إسماعيل محمد بدر ، ١٩٩٧) – (جمال شكرى محمد ، ١٩٩٨) – (عادل عبد الله ، ٢٠٠٠) – (هالة فؤاد كمال الدين ، ٢٠٠٠) .

والتى أثبتت أن أفراد المجموعة الضابطة والتى لم تتعرض للبرنامج العلاجى يظلوا محصورين فى عزلتهم نتيجة لعدم تعرضهم لأى تدريبات أو ألعاب أو مهارات تنمى من قدراتهم وتعدل من سلوكياتهم بحيث تصبح أكثر توافقاً ولذلك تظل نسبة الاضطرابات السلوكية لديهم كما هى وهذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية وأكدته .

بالنسبة للفرض الثالث :

وينص على أنه : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدى من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية".

- وقد أثبتت الدراسة الحالية صحة هذا الفرض حيث إن أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي باللعب عليهم كانوا مثلهم مثل أفراد المجموعة الضابطة يعانون من حدة الاضطرابات السلوكية ولكن بعد تطبيق البرنامج العلاجي باللعب أصبحت المجموعة التجريبية أكثر فعالية مما ساعدهم على خفض حدة الاضطرابات السلوكية لديهم بشكل واضح .
- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :
– (Creedon, 1992) – (Andrews, 1993) – (Vig. S., 1995) – (Wimpory et al., 1996) – (Sweeney et al., 1999) – (إسماعيل محمد ، ١٩٩٧) – (عبد المنان ملا ، ١٩٩٧) – (جمال شكرى ، ١٩٩٨) – (عادل عبد الله ، ٢٠٠٠) – (هالة فؤاد ، ٢٠٠٠) – (سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١) .

ويمكن تفسير ذلك بأن أطفال المجموعة التجريبية بعد ممارستها للبرنامج العلاجى باللعب أصبحت أكثر فعالية ونشاطاً ، فكل طفل من خلال الألعاب استطاع أن ينخرط بكل كيانه فى الألعاب والأنشطة المختلفة التى يحتوى عليها البرنامج ليتيح له فرص التنفيس عن الطاقة الزائدة .

بالإضافة إلى ذلك فإن العلاج باللعب بوصفه أحد أنواع العلاج النفسى الجماعى اعتمد على التفاعل الاجتماعى من خلال العمل الجماعى والمشاركة مما ساعد على زيادة مهارات التواصل مع الآخرين وكيفية التصرف بشكل مقبول – إلى حد ما – فى المواقف الاجتماعية مع استغلاله طاقاته بشكل بناء من خلال تعلم العديد من المهارات والسلوكيات المقبولة من خلال اللعب وذلك فى إطار من الشعور بالأمن . وبهذا ثبت صحة الفرض الثالث .

بالنسبة للفرض الرابع :

وينص على أنه : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدى (١) ودرجاتهم فى التطبيق التالى لفترة المتابعة (٢) لمقياس الاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدى للمتابعة (٢)".

- وقد أثبتت الدراسة الحالية صحة هذا الفرض حيث أدى استمرار العلاج باللعب وخاصة من خلال الأسرة التى أدركت قيمة اللعب وأهميته مع الطفل التوحدى مما زاد من دافعية الأسرة لتلقى المزيد من التوجيهات التى قدمها لهم

الباحث أثناء تطبيق البرنامج وقامت الأسرة بتنفيذ العديد من الأنشطة والألعاب التى جاءت فى برنامج الدراسة الحالى سواء عند تنفيذ البرنامج أو بعد الانتهاء من تطبيقه مما ساعد على استمرار انخفاض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين بشكل واضح ودال إحصائياً .

- وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :
- (Creedon, 1992) – (Andrews, 1993) – (Wimpory, 1996) (جمال شكرى محمد ، ١٩٩٨) – (هالة فؤاد ، ٢٠٠٠) – (عادل عبد الله ، ٢٠٠٠) – (سهى أحمد أمين ، ٢٠٠١) .

والتى أثبتت أن استمرارية البرامج العلاجية وخاصة تلك التى تحتوى على أنشطة وألعاب تساعد على خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين .

ويرجع الباحث استمرارية وفعالية البرنامج العلاجى باللعب إلى استمرار الأسرة فى مساعدة الطفل التوحدى على اللعب فى المنزل ومشاركته فى بعض ألعابه بالإضافة إلى أن اللعب يسمح للطفل بالتفاعل مع الآخرين وبالاسترخاء فكل الألعاب لها قيمة علاجية حيث يساعد الطفل على استغلال طاقته الزائدة فى تعلم العديد من المهارات والسلوكيات المرغوبة وإقامة علاقات بناءة – بقدر الإمكان – مع الآخرين بدلاً من استغلالها فى إيذاء ذاته أو فى الاعتداء على الآخرين ولذلك فإن البرنامج حقق الغرض المنشود – نتيجة لاستمرار الأسرة فى مساعدة الطفل على اللعب بانتظام – وباستمرار تأثيره حتى بعد الانتهاء من تطبيقه بشهر واحد فقط .

وبالنسبة للفرض الخامس :

وينص على أنه : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التغير الذى حدث للمجموعة الضابطة والتغير الذى حدث للمجموعة التجريبية (أى صافى الفرق بين النقلة التى حدثت للمجموعة الضابطة والنقلة التى حدثت للمجموعة التجريبية)".

وقد أثبتت الدراسة الحالية صحة هذا الفرض من خلال حساب الفرق لدى أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه وأيضاً بحساب الفرق لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج .

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من :
– (Matson et al., 1990) – (Sweeney et al., 1999) –
(عادل عبد الله ، ٢٠٠٠) .

حيث إن صافى الفرق بين النقلة التى حدثت للمجموعة التجريبية والضابطة كان لصالح المجموعة التجريبية وهذا ما أكدته الدراسات السابقة مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجى باللعب فى خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى أفراد المجموعة التجريبية ، أى أن هناك نقلة واضحة وكبيرة لانخفاض حدة الاضطرابات السلوكية لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدى بعكس المجموعة الضابطة التى تميزت بنقلة محدودة للغاية وهذا راجع لعدم تعرض أفرادها للبرنامج العلاجى باللعب المستخدم فى الدراسة الحالية.

ثانياً – نتائج دراسة الحالة :

(١) من خلال دراسة الحالة للأطفال تبين أنهم لا يعانون من أى إعاقات حسين مثل الصمم أو كف البصر .

(٢) كما تبين أيضاً أن هؤلاء الأطفال لم يتلقوا أى برامج سلوكية للتخفيف من مشكلاتهم السلوكية المختلفة .

(٣) وقد وجد أن الآباء والأمهات لم يفعلوا أى محاولات للحد من هذه السلوكيات غير المرغوبة بل ساعدوا فى زيادة حدتها بالانفعال تارة والتلبية لاحتياجاتهم تارة أخرى .

(٤) وتبين أيضاً أن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال من مستوى اقتصادى واجتماعى وثقافى متوسط .

ثالثاً – نتائج التحليل الإكلينيكى لجلسات البرنامج العلاجى باللعب :

التحليل الإكلينيكى هنا هو التحليل الكيفى للوقائع والمعطيات الخاصة بالبرنامج العلاجى باللعب بهدف الوصول إلى نتائج يمكن تعميمها إلى حد كبير ، وقد أسفر التحليل الإكلينيكى للجلسات التى يتألف منها البرنامج العلاجى باللعب عن بعض الحقائق التى يمكن إنجازها على النحو التالى :

١ - أن العلاج باللعب - شأنه فى ذلك شأن معظم أساليب العلاج النفسى - يتناول الشخصية ككل ويؤثر عليها بشكل عام ومن الصعب توجيهها نحو جانب معين أو جزئية محددة ، كما هو الحال على سبيل المثال بالنسبة للعلاج بالعقاقير وعلى هذا فقد يحدث أن يحقق العلاج أهدافاً لم توضع له مسبقاً كما حدث مع الطفل (س) الذى كان غير قادراً على القيام بتدريبات التنفس وكان فى بعض الأحيان يقاوم ذلك - أى كان الحال - فقد استطاع هذا الطفل من خلال تدريبات التنفس والحركة والمحاكاة وخاصة بعد أن وجد أخاه التوأم - وهو طفل توحدى أيضاً - يستجيب بشكل فعال على أن يتحرر من هذه المخاوف أو هذا الجمود ورويداً رويداً استطاع الطفل أن ينجح فى أداء هذه التدريبات .

٢ - ولذلك يرى الباحث أنه من الضرورى قبل البدء فى جلسات أى برنامج علاجى أن يقوم الأطفال بأداء تدريبات التنفس حيث إنها أدت إلى مساعدة الأطفال على التحرر من مشاعر العزلة والخوف والجمود والانسحاب وترك النفس على سجيتها بدون توتر أو انفعال وهذا ما انعكس على أداء الجلسات العلاجية حيث تميزت هذه الجلسات بقدر كبير من التلقائية .

٣ - كما أن تدريبات الحواس أدت إلى مساعدة الأطفال على اكتساب الثقة بأنفسهم وذلك من خلال إدراكهم بأن لديهم قدرات وإمكانيات تساعدهم على النجاح فى إقامة علاقات فعالة مع الآخرين وتواصلهم معهم .

٤ - كذلك ثبت للباحث أن للألعاب الحركية قدرة هائلة فى مساعدة الأطفال على التخلص من مشاعر الرهبة والخوف والإحجام وزيادة قدرتهم على التعامل السليم فى المكان الذى يتواجدون فيه كما زادت من قدرتهم على التآلف مع بعضهم البعض ، حيث إنها تجعل الطفل يتصرف بصورة طبيعية أكثر فتزال الحواجز بأسرع مما نتصور ولذلك يرى الباحث أنه من الضرورى استخدام هذه الألعاب والتدريبات كمدخل لأى برنامج إرشادى أو علاجى .

٥ - كما أن الألعاب الأخرى سواء العقلية أو الفنية أو الحركية مع هذه الفئة من الأطفال تعتبر من أحد العوامل الهامة التى تساعدهم فى الخروج من العزلة التى يعيشون فيها ، بالإضافة إلى أن الكثير من الدراسات أثبتت فعاليتها فى تنمية الاتصال لدى هذه الفئة من الأطفال ، ولأن هذه الألعاب والأنشطة

تفتقرها مدارسنا سواء الحكومية أو الخاصة أو عدم الاعتقاد بأنها غير ذات جدوى مع هؤلاء الأطفال .

٦ - كما ساعدت هذه الألعاب وخاصة الألعاب الحسية والحركية على تنمية الانتباه وتنمية مهارة التقليد وانتظار أدوارهم مع زيادة الوعى بالآخرين وبذاته مع زيادة القدرة على التحكم فى حركات الجسم بالإضافة إلى التخلص من مشاعر الغضب كما ساعدت هذه الألعاب على تنفيس الطفل عن عدوانه وغضبه تجاه الآخرين من خلال ألعاب الفك والتركيب .

٧ - كما ساعدت ألعاب التشكيل على قلة الحركات العشوائية والسلوكيات النمطية لديهم واستغلال طاقاتهم الزائدة فى أعمال بناءة مع زيادة قدرتهم على التعاون مع الآخرين . وكذلك الحال لألعاب السوائل .

٨ - كما ساعدت الألعاب الدرامية على زيادة وعى الطفل بالآخرين وبأدوارهم وزيادة تفاعله وتواصله مع الآخرين مع تخلص من تمركزه حول ذاته .

هذا بالإضافة إلى اشتمال البرنامج على عناصر الجذب والانتباه الدائم حيث لا توجد فرصة لشرود الذهن وذلك من تنوع المواقف والأنشطة والألعاب سواء كانت فردية أو جماعية والتى تقترب من حياة ووجدان هؤلاء الأطفال مما يتيح لهم فرصة التنفيس عن انفعالاتهم والاستبصار بمشكلاتهم بقدر الإمكان وهذا ما عبر عنه الأطفال بجسدهم وإيماءاتهم وحركاتهم بالفعل أثناء تطبيق البرنامج .

ويرجع الباحث فاعلية البرنامج إلى أسلوب تنظيم الجلسات وتوقيته المناسب بالنسبة للأطفال وهو الوقت الفاصل بين الحصص الدراسية المخصصة لهم حيث كان التوقيت بمثابة تنفيس لهؤلاء الأطفال لكسر حاجز العزلة . مما أدى إلى تحقيق الفرض المنشود على أكمل وجه .

خلاصة وتعقيب على نتائج الدارسة :

يتناول الباحث فيما يلى النتائج التى توصلت إليها الدراسة الحالية فى ضوء ما انتهت إليه الدراسات والبحوث المرتبطة بالدراسة الحالية وأيضاً من خلال الاحتكاك المباشر مع هؤلاء الأطفال (عينة الدراسة) ولهذا أشارت نتائج الدراسة إلى الآتى :

١ - أثبتت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي باللعب المستخدم فى خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين "المجموعة التجريبية" .

- وفى محاولة لتفسير الباحث للتغير الذى طرأ على سلوك الأطفال التوحديين من حيث إنه خفف حدة بعض الاضطرابات السلوكية لديهم على أن البرنامج المقدم لهم أتاح لهم الفرصة فى إقامة علاقة جديدة مع الباحث تتسم بالود والأمان والتشجيع لهؤلاء الأطفال ، أى بدأ هؤلاء الأطفال فى محاولة للتعبير عن أنفسهم من خلال ممارستهم للأنشطة الإيجابية ، مما ساعدهم على تحقيق التنفيس الانفعالى والاستبصار والتدريب على التحكم فى السلوك المضطرب بتبنى أساليب إيجابية بديلة.

- وقد استخدم الباحث الألعاب المختلفة سواء (ألعاب دراميــة ، ألعاب سوائل ، ألعاب حركية وحسية) مع هذه الفئة من الأطفال لأنها هى المدخل الهام الذى يؤثر فى هؤلاء الأطفال ويحاول إخراجهم من القوقعة التى يعيشون فيها مما زاد من تفاعله مع الآخرين والتواصل معهم بشكل فعال واستغلال طاقاتهم الزائدة فى أنشطة بناءة ومفيدة .

- كذلك إدراك الآباء والأمهات على أحقية الطفل فى ممارسة الألعاب بل والاشتراك معه وتشجيع الطفل على ممارسة السلوكيات المرغوبة وتحفيزه باستمرار .

٢ - أما نتائج الفرض الثانى والذى ثبت صحته فى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج مما يشير إلى أن هؤلاء الأطفال ما زالوا يعانون من اضطرابات فى السلوك وهذا يرجع إلى عدم تعرضهم للبرنامج العلاجى باللعب كما حدث مع أطفال المجموعة التجريبية .

٣ - أما نتائج الفرض الثالث والذى ثبت صحته بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدى من حيث إنه خفف حدة بعض الاضطرابات السلوكية وهذا راجع إلى فاعليه وتأثير البرنامج العلاجى باللعب .

٤ - وتم التحقق أيضاً من نتائج الفرض الرابع فى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدى (١) ودرجاتهم فى التطبيق التالى لفترة المتابعة (٢) لمقياس الاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدى للمتابعة (٢) .

مما يشير إلى استمرارية وفعالية البرنامج العلاجى باللعب لدى أفراد المجموعة التجريبية . وهذا يعنى أن البرنامج ما زال يحقق الأهداف المرجوة منه حتى بعد الانتهاء من تطبيقه وهذا يدل على استمرارية وفعالية البرنامج وتأثيره الدال لفترات زمنية طويلة .

٥ - توجد فروق بين التغير الذى حدث للمجموعة الضابطة والتغير الذى حدث للمجموعة التجريبية أى أن صافى الفرق بين النقلة التى حدثت للمجموعة التجريبية والضابطة كانت لصالح المجموعة التجريبية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) مما يدل على فعالية البرنامج العلاجى باللعب فى خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدى بعكس المجموعة الضابطة التى تميزت بنقلة محدودة للغاية وليست ذات تأثير يذكر على الإطلاق وهذا راجع لعدم تعرض أفرادها للبرنامج العلاجى باللعب أى أن حدة الاضطرابات السلوكية لا زالت مرتفعة لدى أفراد المجموعة الضابطة بالرغم من حدوث نقلة محدودة للغاية تكاد لا تذكر .

- نتائج دراسة الحالة :

أما بالنسبة لنتائج دراسة الحالة فقد أوضحت أن هؤلاء الأطفال لا يعانون من أى إعاقات حسية مثل الصمم أو كف البصر . كما تبين أيضاً أنهم لم يتلقوا أى برامج علاجية سلوكية للتخفيف من مشكلاتهم السلوكية المختلفة .

كما تبين أن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال لم يفعلوا أى محاولات للحد من هذه السلوكيات غير المرغوبة بل ساعدوا فى زيادة حدتها بالانفعال تارة والتلبية لاحتياجاتهم تارة أخرى .

نتائج التحليل الإكلينيكى للجلسات العلاجية باللعب :

وقد أسفر التحليل الإكلينيكى للجلسات العلاجية باللعب عن مجموعة من الحقائق منها . فقد ثبت للباحث أن تدريبات الحواس والحركة والألعاب المختلفة والمتنوعة إلى اكتساب الأطفال التوحديين الثقة بأنفسهم والتخلص من مشاعر الجمود والخوف والإحجام عن التواصل مع الآخرين مع زيادة قدرتهم على التعامل السليم فى المكان الذى يتواجدون فيه والقدرة على التنفيس عن الانفعالات وزيادة قدرتهم على التواصل والتعاون وكسر حاجز العزلة لديهم والاندماج فى الأنشطة بشكل فعال وزيادة القدرة على الوعى والانتباه والتركيز وتنفيذ التعليمات البسيطة والإقلال من سلوكيات الغضب والعدوان تجاه الآخرين .

توصيات الدراسة

فى ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج لبرنامج العلاج باللعب فى خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين ، ومن خلال التعامل والمعايشة لهذه الفئة أثناء تطبيق البرنامج وقبله ، ومن خلال الملاحظة والاطلاع على نوعية البرامج المقدمة لهذه الفئة وأيضاً من خلال ملاحة العاملين مع هؤلاء الأطفال وأسلوب تعاملهم مع هذه الفئة ، خرج الباحث بمجموعة من التوصيات ألا وهى :

١ - الاهتمام بأساليب التشخيص الملائمة لهذه الفئة من الأطفال وذلك لتحديدها تحديداً دقيقاً .

٢ - الاهتمام بإيجاد متخصصين فى التعامل مع هذه الفئة من الأطفال وتدريبهم بصفة مستمرة .

٣ - الاهتمام بإنشاء مراكز متخصصة فى التوحدية التى يمكن أن تقدم النصيحة والمعلومات لآباء الأطفال مع توفير البرامج التأهيلية والعلاجية لهذه النوعية من الأطفال .

٤ - الاهتمام بالتعرف على قدرات كل من هؤلاء الأطفال وذلك لأن كل حالة فريدة فى نوعها ، وذلك لمعرفة نقاط القوة والضعف وذلك بهدف تنمية الجوانب الإيجابية وأكد من نقاط الضعف فى شخصية الطفل التوحدى .

٥ - عمل مسوح على المستوى القومى لمؤسسات وعيادات ذوى الاحتياجات الخاصة ومدارس التربية الفكرية لتحديد حجمهم والتى يمكننا فى ضوءها أن نضع خطط الوقاية والرعاية والتعليم والتأهيل لهذه الفئة من الأطفال وخاصة أن تشخيص هؤلاء الأطفال ما زال يختلط على البعض بينة وبين الإعاقة الذهنية .

٦ - الاهتمام بدراسة المشكلات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين ومعرفة احتياجاتهم وميولهم وقدراتهم المختلفة للعمل على تنميتها .

٧ - وضع مناهج تربوية وتعليمية وتأهيلية تتناسب مع حاجات واحتياجات وقدرات هؤلاء الأطفال تتفق مع إمكانياتهم الجسمية والحسية والعقلية والمعرفية .

٨ - إتاحة الفرصة للأطفال التوحديين على التواجد مع الأطفال الأسوياء من خلال عملية الدمج فى المدارس والفصول .

٩ - إتاحة الفرصة الكاملة لطفل التوحدى لممارسة الأنشطة الفنية والتربوية والموسيقية .

١٠- ضرورة توفير البرامج التى تحتوى على أنشطة حسية وحركية فالدروس الأكاديمية يجب أن تسير جنباً إلى جنب مع الخبرات الحسية العملية .

١١- ضرورة توفير البرامج التى تعلم الطفل التوحدى كيف يلعب وكيف ينمو مما تؤهلهم بأنهم يعيشوا بطريقة طبيعية وتعمل على تنمية مهاراتهم الاجتماعية حيث يعتبر اللعب كأداة للنمو .

١٢- يجب الاهتمام باكتشاف المشكلات والاضطرابات السلوكية منذ بداية التحاق الطفل التوحدى بالمؤسسة عن طريق الأخصائى النفسى للحد من هذه المشكلات مبكراً حتى لا تؤثر على برامج التأهيل المختلفة .

١٣- تنظيم برامج مخصصة لآباء وأمهات الأطفال التوحديين يتعلمون من خلالها أساليب معاملة أطفالهم وبذلك يستطيعون معاونة المؤسسة أو المدرسة معاونة تامة فى كافة البرامج التى تقدم لأطفالهم .

١٤- ضرورة الاهتمام بالأطفال التوحديين وذوى الاحتياجات الخاصة فى مجال الإعلام مع تخصيص برامج مخصصة لهم تكشف وتظهر قدراتهم والجوانب الإيجابية لديهم مع إبراز أهم الإنجازات التى يقومون بها سواء فى الغناء أو الرسم والموسيقى .

١٥- الاهتمام باستمارات المتابعة الخاصة بمهارات الأطفال لمعرفة مدى تقدمه أو تعسره بصفة دائمة سواء من جانب الأسرة أو المدرسة بهدف التعرف على أى نقطة ضعف أو إخفاق حدثت عند الطفل وهل هى من البيت أو المدرسة وذلك لمحاولة تفاديها .

البحوث المقترحة

من خلال نتائج الدراسة الحالية ، ومن خلال تعامل وتفاعل الباحث مع هؤلاء الأطفال التوحديين ، فلقد اقترح الباحث إجراء بحوث فى النواحى التالية :

١ - فاعلية برنامج حركى لتنمية الانتباه لدى عينة من الأطفال التوحديين .

٢ - فاعلية برنامج علاجى باللعب فى خفض حدة الاضطرابات اللغوية لدى الأطفال التوحديين .

٣ - فاعلية برنامج علاجى باللعب فى تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين .

٤ - اللعب الدرامى وتأثيره على تنمية الاتصال اللغوى للطفل التوحدى .

٥ - برنامج إرشادى لآباء الأطفال التوحديين فى أساليب الاتصال مع أطفالهم .

٦ - دراسة برنامج علاجى قائم على أساس التعاون بين المدرسة والمنزل فى تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين .

٧ - دراسة مقارنة فى جدوى استخدام برنامج للعلاج الجمعى لمجموعة من الأطفال التوحديين فى مقابل مجموعة من الأطفال المعاقين ذهنياً .

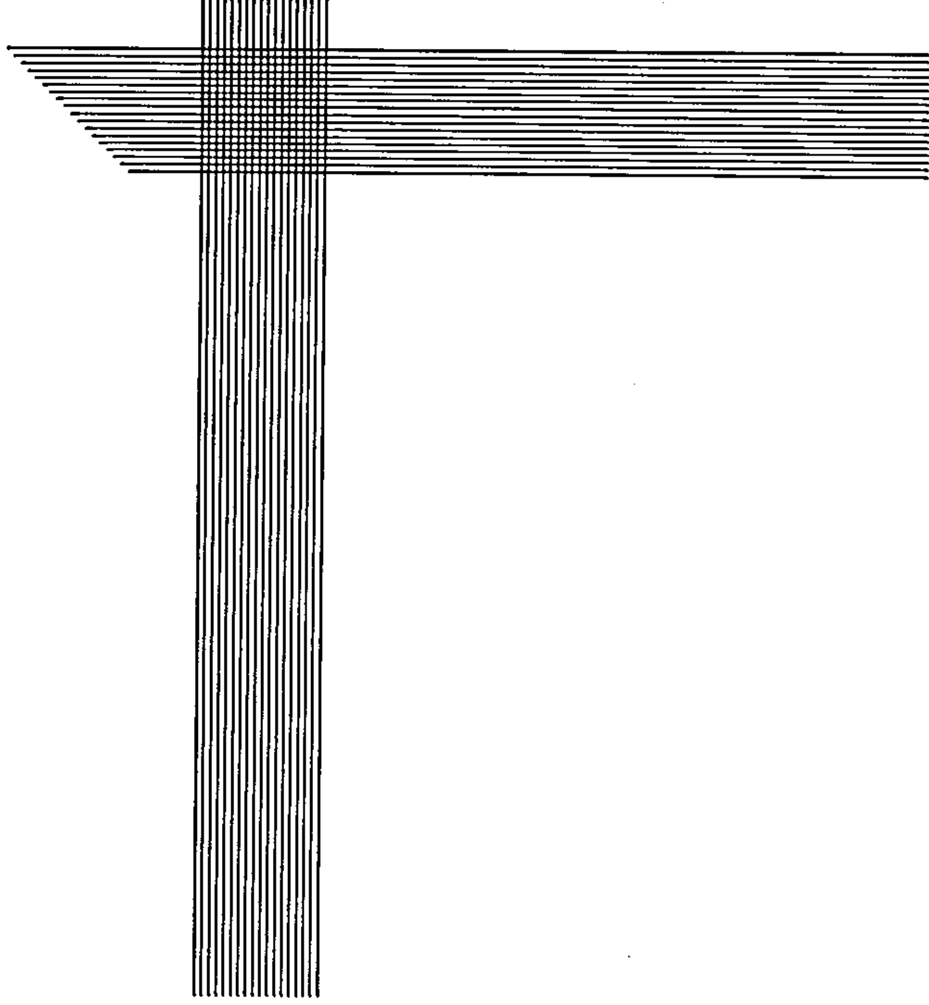
٨ - دراسة مقارنة بين الاضطرابات اللغوية لدى الفئات المختلفة للتوحدية ومدى ارتباطهما بنسبة الذكاء لديهم .

٩ - فاعلية برنامج التدخل المبكر على تنمية الاتصال لدى الأطفال التوحديين .

١٠- فاعلية برنامج علاجى بالفن على تنمية الاتصال اللغوى والاجتماعى لدى الطفل التوحدى .

١١- فاعلية برنامج سيكودرامى فى خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين .

المراجـع



المراجع

العربية والأجنبية

أولاً – المراجع العربية :

١ – إبراهيم شكرى (١٩٩٧) : أنا وطفلى والطبيب ، دار نوبار للطباعة ، القاهرة .

٢ – إجلال محمد سرى (١٩٩٠) : علم النفس العلاجى ، عالم الكتب ، القاهرة .

٣ – أحمد بلقيس ، توفيق مرعى (١٩٨٧) : سيكولوجية اللعب ، وزارة التربية والتعليم وشئون الشباب ، دائرة إعداد المعلمين ، سلطنة عمان.

٤ – أحمد جمال ماضى أبو العزائم (٢٠٠٠) : الأسرة والوقاية من الإدمان ، مطابع الاتحاد العام للكشافة والمرشدات ، القاهرة .

٥ – أحمد زكى بدوى (١٩٩٩) : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، بيروت .

٦ – أحمد عبد الغنى ، إبراهيم حسب الله (١٩٩١) : أثر برنامج للعب على بعض جوانب النمو اللغوى لدى عينة من الأطفال فى عمر ست سنوات ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، قسم الصحة النفسية ، فرع بنها ، جامعة الزقازيق .

٧ – أحمد عكاشة (١٩٩٨) : الطب النفسى المعاصر ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٨ – إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧) : مدى فعالية برنامج العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد ، المؤتمر الدولى الرابع لمركز الإرشاد النفسى ، ديسمبر ، المجلد الثانى ، كلية التربية، جامعة عين شمس ، ص ص ٧٢٧ – ٧٥٦ .

٩ – أشرف محمد على شلبى (١٩٩٨) : اضطراب السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، مجلة الطب النفسى الإسلامى ، العدد ٥٥ – يونية ، السنة ١١٣ ، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية ، مطابع أخبار اليوم ، القاهرة .

١٠- الرابطة الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) : الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية المعايير التشخيصية ، ترجمة : أمين السماك ، عادل مصطفى ، مكتبة المنار الإسلامية ، الكويت .

١١- السيد عبد العزيز مصطفى الرفاعي (١٩٩٩) : اضطرابات بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتويين ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، جامعة عين شمس .

١٢- المعجم الوجيز (١٩٩٢) : معجم اللغة العربية ، ج.م.ع ، طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم المصرية ، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية ، القاهرة .

١٣- المعجم العربي الأساسي (١٩٨٩) : المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، توزيع لاروس ، بيروت .

١٤- إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٩٩) : الذاتوية لدى الأطفال ، مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس ، مجلة المعهد ، فبراير .

١٥- إلهامي عبد العزيز ، محمود حمودة (٢٠٠١) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة ، بدون دار نشر ، القاهرة .

١٦- أميرة طه بخس (٢٠٠١) : دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابي للأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقليًا ، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، الكويت ، المجلد الثاني ، العدد الثالث ، سبتمبر .

١٧- انتصار يونس (١٩٩٣) : السلوك الإنساني ، دار المعارف ، القاهرة .

١٨- إيمان حسني حافظ (٢٠٠٢) : برنامج مقترح لتخفيف حدة القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السكر باستخدام اللعب ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، جامعة عين شمس .

١٩- إيمان سعد الزناتى (١٩٩٩) : فاعلية برنامج حركى فى تنمية مفهوم الذات والسلوك التكيفى للأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة حلوان .

٢٠- إيمان محمد أبو ضيف (١٩٩٨) : سوء معاملة الطفل وعلاقتها ببعض الاضطرابات السلوكية "دراسة تشخيصية علاجية" كلية التربية بسوهاج ، قسم الصحة النفسية .

٢١- أيمن أحمد جيرة (١٩٨٤) : دراسة تجريبية فى سيكوديناميات الذهان لدى الأطفال ، رسالة دكتوراة ، كلية الآداب ، قسم علم النفس ، جامعة عين شمس .

٢٢- باركلى ، أ. (١٩٩٩) : خلل فرط الحركة مع نقص الانتباه عند الأطفال ، مجلة العلوم ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمى .

٢٣- بول موش ، جون كونجر ، جيروم كاجان (١٩٨٧) : سيكولوجية الطفولة والشخصية ، ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة ، جابر عبد الحميد ، دار النهضة العربية ، القاهرة .

٢٤- بول موش ، جون كونجر ، جيروم كاجان (١٩٩٣) : أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة ، ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة ، ط٢، مكتبة الفلاح ، الكويت .

٢٥- تشارلز . أ. بيوكر (١٩٦٤) : أسس التربية البدنية ، ترجمة : أحمد معوض وآخرون ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٢٦- توماس أولتمانز وآخرون (٢٠٠٣) : دراسة حالات فى علم النفس المرضى، ترجمة : رزق سند إبراهيم ليلة ، تقديم : لويس كامل مليكة ، كلية الآداب ، قسم علم النفس ، جامعة عين شمس .

٢٧- جمال القاسم ، ماجدة عبيد ، عماد الزغبى (٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية ، ط ١ ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان .

٢٨- جمال شكرى محمد (١٩٩٨) : تجربة سلوكية لتعديل السلوك الاجتماعى للطفل "دراسة حالة"، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، العدد الخامس ، أكتوبر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان .

٢٩- جمال محمد سعيد الخطيب (١٩٩٣) : تعديل سلوك الأطفال المعوقين ، دليل الآباء والمعلمين ، ط ١ ، دار إشراق للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .

٣٠- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧) : الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط ٣، عالم الكتب ، القاهرة .

٣١- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٩) : علم النفس الطفولة والمراهقة ، ط ٥ ، عالم الكتب ، القاهرة .

٣٢- حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١) : الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة "الأسباب – التشخيص – العلاج" موسوعة علم النفس العيادى (٤) ، دار القاهرة ، القاهرة .

٣٣- حسنى إحسان حلوانى (١٩٩٦) : المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة أم القرى بمكة المكرمة ، السعودية .

٣٤- حسيب الدفراوى وآخرون (١٩٩٨) : الطفولة الذاتوية فى الأطفال المصريين فى التقييمات والمصاحبات الإكلينيكية ، المجلة المصرية للطب النفسى ، الجمعية المصرية للطب النفسى ، ع (٢١) ، القاهرة .

٣٥- حسين فايد (١٩٩٦) : السلوك العدوانى ، أكاديمية البحث العلمى ، القاهرة.

٣٦- حسين محمد السيد (١٩٩١) : دور اللعب التربوى فى تنمية القيم الجمالية برياض الأطفال ، رسالة ماجستير ، كلية التربية بدمياط ، جامعة المنصورة .

٣٧- خالد عبد الرازق (٢٠٠١) : فاعلية استخدام أنواع مختلفة من اللعب فى تعديل بعض اضطرابات السلوك لدى طفل الروضة ، مجلة الطفولة والتنمية ، المجلس العربى للطفولة والتنمية ، العدد ٣، مجلد ١ ، القاهرة .

٣٨- خالد عبد الرازق (٢٠٠١) : فاعلية استخدام اللعب في الكشف عن الاضطراب الناجم عن الإعاقة العقلية (٥٠ – ٧٠) وتعدد الإعاقة (إعاقة عقلية – صمم) ، دراسة تشخيصية ، مجلة معوقات الطفولة ، المجلد التاسع ، مايو ، جامعة الأزهر .

٣٩- خالد عبد الرازق (٢٠٠٢) : سيكولوجية اللعب "نظريات وتطبيقيات" مركز إسكندرية للكتاب .

٤٠- دانييل جولمان (٢٠٠٠) : الذكاء العاطفى ، ترجمة : ليلى الجبالى ، مراجعة : محمد يونس ، عالم المعرفة ، العدد ٢٦٢ ، أكتوبر ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ، الكويت .

٤١- رشا محمد أحمد محمد على (١٩٩٩) : مدى فاعلية برنامج إرشادى لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، جامعة عين شمس .

٤٢- رشدى فام منصور (١٩٩٦) : محاضرات فى الإحصاء السيكولوجى لطلبة الدكتوراة بقسم علم النفس ، كلية البنات ، جامعة عين شمس .

٤٣- رمضان محمد القذافى (١٩٩٤) : سيكولوجية الإعاقة ، الجامعة المفتوحة ، مطبعة الانتصار ، ليبيا .

٤٤- زينب محمود شقير (٢٠٠٢) : نداء من الابن المعاق ، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين ، المجلد الأول ، ط ١ ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

٤٥- س. و. ف فالنتين (١٩٧٩) : الطفل الطبيعى ، ترجمة : محمد خليفة بركات ، يوسف ميخائيل أسعد ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٤٦- سميرة على جعفر (١٩٩٢) : تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادى فى اللعب ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .

٤٧- سوزانا ميللر (١٩٨٧) : سيكولوجية اللعب ، ترجمة : حسن عيسى ، محمد عماد الدين إسماعيل ، عالم المعرفة ، عدد ١٢٠ ، ديسمبر ، الكويت .

٤٨- سهى أحمد أمين نصر (٢٠٠١) : مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوى لدى بعض الأطفال التوحديين ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، جامعة عين شمس .

٤٩- سهير حلمى محمد إبراهيم (١٩٩٥) : مدى فاعلية استخدام الإرشاد الجماعى فى تحسين السلوك اللاتوافقى لدى الأطفال ، رسالة دكتوراة ، كلية البنات ، جامعة عين شمس .

٥٠- صباح مصطفى فتحى السقا (١٩٩٩) : العدوان واللعب ، دراسة تجريبية عن أثر اللعب فى حدة السلوك العدوانى عند أطفال مرحلة ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، قسم الصحة النفسية ، جامعة دمشق .

٥١- صبحى عبد الفتاح محمد الكفورى (١٩٩٢) : تعديل السلوك العدوانى لدى الأطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعى باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية ، رسالة دكتوراة ، كلية التربية ، قسم علم النفس ، جامعة طنطا .

٥٢- عادل أحمد عز الدين الأشول (١٩٨٧) : موسوعة التربية الخاصة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٥٣- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) : فعالية برنامج تدريبى سلوكى للأنشطة الجماعية المتنوعة فى خفض السلوك العدوانى للأطفال التوحديين ، مجلة بحوث كلية التربية ، العدد ٣٨ ، جامعة المنوفية .

٥٤- عادل عبد الله محمد (٢٠٠١) : فعالية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من السلوك الانسحابى

لهؤلاء الأطفال ، مجلة الإرشاد النفسى ، العدد الرابع عشر ، مركز الإرشاد النفسى ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٥٥- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) : فعالية برنامج تدريبى لتنمية بعض المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين [فى] مجلة بحوث كلية الآداب ، سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد ٧ ، جامعة المنوفية .

٥٦- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) : بعض الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً "دراسة تشخيصية مقارنة" سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة ، ط ١ ، دار الرشاد، القاهرة .

٥٧- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) : فعالية برنامج تدريبى لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين كما يقيسها قائمة كونرز لتقدير سلوك الأطفال ، مجلة بحوث كلية الآداب ، سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد ٧ ، جامعة المنوفية .

٥٨- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) : بعض أنماط الأداء السلوكي الاجتماعى للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً ، الأطفال التوحديون دراسات تشخيصية وبرامجية ، سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة ، ط ١ ، دار الرشاد ، القاهرة .

٥٩- عادل محمد هريدى (١٩٩٧) : اتجاهات الوالدين نحو لعب الأطفال "دراسة غير ثقافية" ، مجلة علم النفس من يوليو : سبتمبر ، القاهرة .

٦٠- عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٨٨) : دراسة مقارنة لأثر أسلوبى التحصين المنهجي واللعب غير الموجه فى تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المدرسة الابتدائية ، رسالة دكتوراة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٦١- عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٩) : الذاتوية (إعاقة التوحد لدى الأطفال) ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .

٦٢- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٢) : إعاقة التوحد ، ط ٢ ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .

٦٣- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم محمد (١٩٩٩) : الطفل التوحدى "الذاتى - الاجترارى" - القياس والتشخيص الفارق - المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى "جودة الحياة" توجه قومى للقرن ٢١ من ١٠ - ١٢ نوفمبر ، جامعة عين شمس ، اليوبيل الذهبى ١٩٥٠ - ٢٠٠٠ .

٦٤- عبد العزيز الشخص (٢٠٠٢) : برامج تدريبية لإعداد متخصصين للعمل فى مجال التوحد الطفولى (الأوتوسية) ، مجلة اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة وللمعوقين ، العدد ٦٩ ، السنة ١٤ ، مارس ، ج. م. ع ، القاهرة .

٦٥- عبد الفتاح على غزال (١٩٩٣) : دراسة إكلينيكية للعلاقة بين الصمت الاختيارى والاضطراب الأسرى لدى بعض العاديين والمعاقين ذهنياً ، مجلة كلية التربية ، عدد ٩ ، مجلد ٢ ، يونية ، جامعة أسيوط ، ص ص ٨٩٩ - ٩١٩ .

٦٦- عبد الفتاح على غزال (١٩٩٧) : مدى فاعلية برنامج المرافقة لإنماء العلاقات الاجتماعية لدى بعض الأطفال التوحديين بمؤسسات الإعاقة الذهنية ، كلية الآداب ، م ٢ ، جامعة المنوفية .

٦٧- عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطى (١٩٩٤) قاموس التربية الخاص وتأهيل غير العاديين ، ط ١ ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٦٨- عبد المجيد سيد أحمد منصور ، زكريا الشربينى ، يسرية صادق (٢٠٠٣): موسوعة تنمية الطفل ومشكلاته النفسية والتربوية والاجتماعية "الأسباب وطرق العلاج" الجزء الأول ، الطفل العادى (٤) ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة .

٦٩- عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩٩) : التعلم العلاجى ، ط ١ ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

٧٠- عبد المنعم الحفنى (١٩٩٤) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، ط ٤، مكتبة مدبولى ، القاهرة .

٧١- عبد المنعم الحفنى (١٩٩٩) : موسوعة الطب النفسى ، الكتاب الجامع فى الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً ، المجلد الثانى ، ط ٢ ، مكتبة مدبولى ، القاهرة .

٧٢- عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧) : فاعلية برنامج سلوكى تدريبى فى تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين ، فى المؤتمر الدولى الرابع لمركز الإرشاد النفسى من ٢ : ٤ ديسمبر ، م ١ ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٧٣- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢) : الإعاقات الذهنية فى مرحلة الطفولة ، المجلس العربى للطفولة والتنمية ، (الأجفندا) ، ط ١ ، القاهرة.

٧٤- عزة خليل عبد الفتاح (١٩٩٠) : اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات ، دراسة تجريبية على أطفال ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، جامعة عين شمس .

٧٥- عزة محمد سليمان السيد (١٩٩٦) : مدى فاعلية برنامج تدريبى في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٧٦- عزيز حنا داود وآخرون (١٩٩١) : الشخصية بين السواء والمرض ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٧٧- عفاف اللبابيدى ، عبد الكريم خلايلة (١٩٩٨) : سيكولوجية اللعب ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، ط ٣ ، عمان ، الأردن .

٧٨- علاء الدين كفافى ، مايسة الفيال (٢٠٠٠) : المقياس العربى للغضب ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٧٩- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال ، مجلة معوقات الطفولة ، م ٣ ، ع ١ ، أبريل ، جامعة الأزهر، ص ص ٦٣ - ٧٢ .

٨٠- عيسى عبد الله جابر (١٩٨٩) : دراسة ميدانية لبناء برنامج إرشادى لعلاج الأطفال المضطربين سلوكياً عن طريق اللعب ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، دامعة عين شمس .

٨١- فاروق السيد عثمان (١٩٩٥) : سيكولوجية اللعب والتعلم ، دار المعارف ، القاهرة .

٨٢- فاروق محمد صادق (١٩٩٦) : سيكولوجية التخلف العقلى ، مطبوعات جامعة الرياض ، المملكة العربية السعودية .

٨٣- فتحى السيد عبد الرحيم (١٩٩٠) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة ، الجزء الثانى ، ط ٤ ، دار القلم للنشر والتوزيع ، الكويت .

٨٤- فريد معتوق (١٩٩٣) : معجم العلوم الاجتماعية ، ط ١ ، أكاديمية إنترناشيونال ، بيروت .

٨٥- كاميليا عبد الفتاح (١٩٩٨) : سيكولوجية العلاج الجماعى للأطفال ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة .

٨٦- كلارك موستاكس (١٩٩٠) : علاج الأطفال باللعب ، ترجمة : عبد الرحمن سليمان ، دار النهضة المصرية ، القاهرة .

٨٧- كمال دسوقى (١٩٨٨) : ذخيرة علوم النفس ، الدار الدولية للنشر ، القاهرة.

٨٨- لورنا وينج (١٩٩٤) : الأطفال التوحديون - مرشد للآباء - ترجمة : هناء محمد المسلم ، الديوان الأميرى - كتب الإنماء الاجتماعى ، مركز المعلومات ، الكويت .

٨٩- لويس كامل مليكة (١٩٩٨) : الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة .

٩٠- ليلى كرم الدين (١٩٩٠) : اللغة عند الطفل تطورها ومشكلاتها ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

٩١- ليلى كرم الدين (١٩٩٥) : برنامج للتنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم من أطفال مدارس التربية الفكرية ، وزارة التربية والتعليم ، المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة ، القاهرة .

٩٢- ليلى كرم الدين (١٩٩٩) : لعبة الطفل وسيلة للمتعة والتعلم والتنمية ، الحلقة الأساسية حول "نحو عقد جديد للطفل المصرى – الطفل والمعلوماتية من ٢٥ إلى ٢٩ نوفمبر ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، مركز تنمية الكتاب ، القاهرة .

٩٣- ماجد السيد على عمارة (١٩٩٩) : دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل المنغلق نفسياً (التوحدى) ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، قسم الإرشاد النفسى ، جامعة القاهرة .

٩٤- مارتن هنلى ، روبرتا رامزى ، روبرت الجوزين (٢٠٠١) : خصائص التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم ، ترجمة : جابر عبد الحميد جابر ، ط ١ ، دار الفكر العربى ، القاهرة .

٩٥- ماريا بيرس ، جنيفيف لاندو (١٩٩٧) : اللعب ونمو الطفل ، ترجمة : عبد الرحمن سيد سليمان ، شيخة يوسف ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .

٩٦- محمد إبراهيم عبد الحميد (١٩٩٩) : تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقلياً ، ط ١ ، دار الفكر العربى ، القاهرة .

٩٧- محمد أحمد عبد اللطيف (١٩٩٦) : أثر استخدام بعض أنشطة اللعب على النمو المعرفى لأطفال مرحلة الرياض ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة المنوفية .

٩٨- محمد بن أحمد بن عبد العزيز الفوزان (٢٠٠٠) : التوحد "المفهوم والتعليم والتدريب مرشد إلى الوالدين والمهنيين" ، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع ، ط ١ ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .

٩٩- محمد على كامل (١٩٩٧) : من هم الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج ، دار النهضة المصرية ، القاهرة .

١٠٠- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) : الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج ، بدون دار نشر ، القاهرة .

١٠١- مفيد نجيب حواشين ، زيدان نجيب حواشين (١٩٩٦) : النمو الانفعالى عند الأطفال ، ط ٢ ، دار الفكر للطباعة والنشر ، عمان .

١٠٢- مكتب الإنماء الاجتماعى (٢٠٠٠) : الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة ، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، ط ١ ، م ٢ ، الكويت .

١٠٣- موزة المالكى (١٩٩٦) : العلاج باللعب ، مجلة الثقافة الفرنسية ، العدد ٧، دار النهضة العربية ، بيروت .

١٠٤- منال البشيتى ، صلاح عبد العاطى (٢٠٠٠) : اللعب عند الطفل ودوره فى التطور والنمو ، التجمع الفلسطينى للتربية من أجل التنمية، معهد كنعان التربوى النمائى ، فلسطين .

١٠٥- نادية إبراهيم عبد القادر أبو السعود (١٩٩٧) : الاضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته بضغوط الوالدية ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس .

١٠٦- نادية إبراهيم عبد القادر أبو السعود (٢٠٠٠) : الطفل التوحدى فى الأسرة، المكتب العلمى للنشر والتوزيع ، الإسكندرية .

١٠٧- نادية إبراهيم عبد القادر أبو السعود (٢٠٠٢) : فعالية استخدام برنامج علاجى معرفى سلوكى فى تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس .

١٠٨- نعيم الرفاعى (١٩٩٠) : الصحة النفسية ، ط ٦ ، مطبعة خالد بن الوليد ، دمشق .

١٠٩- نيفين مصطفى زيور (١٩٩٨) : الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق ، ط ٣ ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

١١٠- واطسون ، س (١٩٩٤) : تعديل سلوك الأطفال ، ترجمة : محمد فراج وسلوى الملا ، المركز الثقافى فى الشرق الأوسط ، مكتبة الإسراء ، القاهرة .

١١١- وفاء عبد الجواد ، عزة خليل (١٩٩٩) : فاعلية برنامج لخفض السلوك العدوانى باستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعياً ، مجلة علم النفس ، عدد ٥ ، سنة ١٣ ، يونية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

١١٢- هـ . دان كورين (١٩٦٤) : الترويح فن وريادة ، ترجمة : سعيد حشمت، حلمى إبراهيم ، طبعة خاصة لوزارة التربية والتعليم، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

١١٣- هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١) : تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعى للأطفال المصابين بأعراض التوحد ، رسالة دكتوراة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس .

١١٤- هدى أمين عبد العزيز أحمد (١٩٩٩) : الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم (الذاتوية) ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب، قسم علم النفس ، جامعة عين شمس .

١١٥- هدى محمد قناوى (١٩٩٥) : الطفل وألعاب الروضة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

١١٦- هنرى ماير (١٩٨١) : ثلاث نظريات فى نمو الطفل ، ترجمة : هدى محمد قناوى ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

١١٧- يسرية صادق ، زكريا الشربينى (د. ت) : تصميم البرنامج التربوى للطفل (فى مرحلة ما قبل المدرسة) ، دار الفكر الجامعى ، القاهرة .

ثانياً - المراجع الأجنبية:

118- Allan, John; Berry, Pat (1987): Sand Play Blementary School Guidance and Counseling, 21 (4).

119- Amaster, F. (1943): Differential Uses of Play in Treatment of Young Children. Am. J. of Ortho Psychiatry, 13 : pp. 62 – 68.

120- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic Criteria from DSM-IV, Washington D.C.A.P.A.

121- Andrews, Donna Gail (1993): Behavioral Intervention for Maladaptive Behaviors of Students with Autism in Community Settings [9]Dai-A54/03, p. 888, Sep.

122- Aubyn, Stahmer, C. (1995): Teaching Symbolic Skills to Children with Autism Using Responses Training Journal of Development Disorders. vol. 25 No. 2, p. 123 : 141.

123- Autism a Society of American (1999): Information Came from The Net, http://www.autismsociety.org/.

124- Autism a Society of American (2003): Information came from the Net, http://www.autismsociety.org/.

125- Axline, V. (1948): Play therapy: Race and Conflict in Young Children. Journal of Abnormal and Social Psychology.

126- Axline, V. (1969): Play Therapy Ballantine Books, New York.

127- Ball and James (1996): Increasing Social Interactions of preschoolers with Autism Through Relationships with Typically Developing Pees, Practicum Report, Nova South As term University U.S., Florida.

128- Barthelomy, C. et al. (1992): Sensitivity and Specificity of Behavioral Summarized Evaluation (BSE) for The Assessment of Autistic Behavior. Journal of Auticom and Developmental Disorders, 22 (1), 61 – 75.

129- Bauer's (1995): Autism and pervasive Developmental Disorders. Pediatrics in Review, 16, 130 – 136.

130- Bemmett, N. (1997): Teaching Through Play Teachers Thinking and Classroom Practice, Open University Press, U.K., p. 3.

131- Blinn, Erika Lefrem (2000): Efficacy of Play Therapy on Problem Behaviors of Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder California School of Professional Psychology Fresno, US, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Jul vol. 61 (1-B) 522.

132- Boyle and Jones, S. (1985): Selecting Measures of Emotional Populations. J. Child Psycho and Psychiat. Vol. 26, N (1), pp 137 – 159.

133- Brereton, A. and Tong, B. (1992): A New Screening Questionnaire for The Assessment of Autism. 9th World Congress International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency, 5th – 9th August, p. 17.

134- Brown, W. (1990): The Early Years of Autism, National Autistic Society, p. 25 : 49.

135- Buhagiar, Nathalie (1999): Therapists Experience of Treating Preschool Autistic Children. Paper in Conference Autism 99.

136- Buitelaar, J. Engeland, H. and Dekogel, K. (1999): Differences in The Structure of Social Behavior of Autistic Children and non-autistic Retarded Controls, Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, vol. 36 No. 6, Sept, pp. 995 – 1015.

137- Carpentieri, S. and Morgan (1996): Adaptive and Intellectual Functioning in Autistic Non-autistic retarded Children. Journal of Autism and Developmental Disorders, vol. 26, No. 6.

138- Carter-C (2001): Using Choice with Game Play to The Autistic Children, Journal of Positive Behavior Intervention (3) 131 – 150.

139- Charles, L. T. and Linda, B.R. (1988): Counseling Psychology, Second Edition, Book. Publishing Company.

140- Charman, T. and Lynggaard, H. (1998): Does a photographic cue facilitate false belief performance in subjects with autism? Journal of Autism and Developmental Disorders, 28 (3), 311 – 324.

141- Chass, S. and Gordon. G. (1984): Psychosocial Development and Human Variance in Gordon, E.W. A Review of Research Development and Human.

142- Christorpher, B. and Thomas, O. (1994): An Examination of The Validity of Social Subtypes in Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, vol. 24, No. 1, pp. 23 – 37, Feb.

143- Creedon, Margaret P. (1993): Language Development in Nonverbal Autistic Children Using Simultaneous Communication System. Paper Presented at The Society for Research in Child Development Meeting, Philadelphia, March 31.

144- Danielle – Tharp (1995): Effects of Socio-dramatic Play Training on Children with Autism, Journal of Autism and Developmental – Disorders; vol. 25, pp. 265 : 282, Jun.

145- Dawson, G. and Galpert, L. (1988): Affective Exchanges Between Young Autistic Children and Their Mothers, Presented at International Conference on Infant Studies, Washington.

146- Dawson, Geraldine, G., L. (1990): Mothers, Use of Imitative Play for Facilitating Social Responsiveness and Toy play in Young Autistic Children, Development and Psycho Pathology, vol. 2 (2), pp. 151 – 162.

147- Dawson, G. and Lewy (1989): An Ousel, Attention and The Socio Emotional Impairments of Individuals with Autism, New York, Guilford Press, pp. 49 – 74.

148- Dennis, M. et al. (1999): Intelligence Patterns Among Children with High-functioning Autism Phonylketonuria, and Childhood Head Injury. Journal of Autism and Developmental Disorders, 29 91), 132 – 139.

149- Downing, J. et al. (1996): The process of Including Elementary Students with Autism and Intellectual Impairment in Their Typical Classroom Paper presented at The Annual International of Convention of The Council for Exceptional Children 47th Orlando, FL, April (1 – 5).

150- Edelson, Stephen M. (1997): Social Behavior in Autism, Center for The Study of Autism, Salem, Orgam, http://www.autism.org.

151- Edelson, Stephen M. et al. (1999): Auditory Integration Training: A Double-blind Study of Behavioral and Electro Physiological Effects in People with Autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, vol. 14, No. 2.

152- Ehlers, K. C. et al. (1996): Language and Pragmatic Functions in School age Children on The Autism Spectrum, J.D. Communication, 31 (4).

153- Escalona, Angelica et al. (2001): Improvements in the Behavior of Children with Autism Following Massage Therapy, Escalona, A. University of Miami School of Medicine, Touch, Journal of Autism and Developmental Disorders Oct. vol. 31 (5), 513 – 516.

154- Esman, A. (1983): Psychoanalytic Play Therapy in C. Schaefer and K. O'Conner (Eds), Handbook of Play Therapy (pp. 11 – 20) New York: John Wiley and Sons.

155- Flusberg, H. (1992): Autistic Children's Talk about Psychological States. Deficits in the Early Acquisition of a theory, 63 (1), 115 – 123.

156- Giddan, J. (1990): Farm Life Skills Training of Autistic Adults at Bittersweet Farms. Paper Presented at The Annual Convention of The American Speech Language Hearing Association (Seattle, WA, No. v. 16 – 19).

157- Gillberg, C. (1992): The World Congress International Association for The Scientific, S., Study of Mental Deficiency 5th : 9th August, p. 389.

158- Goldsteim, H. and Cisan, C.L. (1992): Promoting interaction During Sociodramatic Play: Teaching Scripts to Typical Preschoolers and Classmates with Disabilities, Journal of Applied Behavior Analysis, V 25 n 2 pp. 265 – 280.

159- Grauber, P. (1973): Children with Behavioral Disabilities, in L.M Dunn (Ed). Exceptional Children in The School 2nd (ed) New York: Holt Rinehart and Winston.

160- Guerney, L. (1983): Client-Centered (Nondirective) Play Therapy. In C. Schaefer and K. O'Conner, (Eds), Handbook of Play Therapy (pp. 21 – 64). New York: John Wiley and Sons.

161- Habson, P. (1993): Autism and The Development of Mind, London.

162- Handy, M. et al. (1990): Studying Child Psychology – London: Gearge Weidenfeld.

163- Harold, I and Sadock, M. (1988): Synopsis of Psychiatry (5^{th} ed), Williams and Willkins, p. 583.

164- Heward, W. L. and Orlansky, M. (1992): Exaptional Children: An Introduction Survey of Special Education 2^{nd} ed Ohio: Charless E. Merrill Publishing Company.

165- Howlin, P. and Yule, W. (1990): Taxonomy of Major Disorders in Childhood in Lewis, M. and Miller, S. (Eds) Handbook of Developmental Psycho Pathology, Plenum Press, New York and London.

166- Jonney, Rachel (1989): A Case Study in Educational Consolation to Support Integrated Educational Placements for Students with Disabilities and Challenging Behavior, New Prevention; Center for Disease Control and Prevention.

167- Jeon, Vidal Maria (1993): Discontinuités Psychiques Entre Animaux et Humains, Echairage Sur la (Monade Autistique), J. Psychiatry del Enfonts, XXXVI, pp. 27 : 65.

186- Jessica Kingsley (2000): Autism Therapies (Evaluation Autism Therapies) The national Institute of Mental Health "Treatment of Young Children with Mental". The White House Conference March 20, Paper Came from The Internet.

169- Kaboyashi, K. M. (1992): A Follow Up Study of 201 Children with Autism in Kyushu and Yamaguchi Areas, Japon, J. of A.D.D. 22 (3) 395 – 411.

170- Kasari, C. and Sigman, M. and Yirmiya (1993): Focused and Social Attention in Interactions with Familiar and Unfamiliar Adults: A Comparison of Autism Mentally Retarded, and Normal Children, J. of Development and Psychology, (5), pp. 401 : 412.

171- Klin, N. et al. (1993): Using Field Treials to Evaluate Proposed Changes in DSM Diagnostic Criteria, Hosp, Community, Psychiatry, Jul, 44 (7) pp. 612, 613 Gray. C.A.

172- Klin. A. (1991): Young Autistic Children's Listening Preferences in Regard to Speech: A Possible Characterization of The Symptom of Social with Drawl. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2 (1), 91 – 113.

173- Koegel, R. and Koegel, L. (1990): Extended Reduction in stereotypic Behavior of Students with Autism Through a Self Management Treatment Package Journal of Applied Behavior Analysis 23, p. 119 – 127.

174- Koegel, K. and Kerm, L.K. (1997): Teaching Children with Autism, Library of Congress Paul H. Brookes, Publicashing, Baltimare, London, pp. 3 – 4.

175- Lewis, Mark H.; Bodfish, James W. (1998): Repetitive Behavior Disorders in Autism, Lewis, M. H:U Florida, Dept of Psychiatry, Gaines Ville, FL, US, Mental Ketardation and Developmental Disabilities Research Reviews.

176- Lewis, M. and Volkmar, F. (1990): Clinical Aspects of Child and Adolescent Development Lee and Febiger, Third Edition.

177- Lewy, A. L. Dawson. G. (1992): Social Stimulation and Joint Attention in Young Autistic Children Department of Psychology. University of Alabama Birmingham, J. Abnormal-child-psychol, Dec.; 20 (6): 555 : 600.

178- Lida, Helene P. (1993): Dysfanctionment Cognitive et Manifestations. Psychiatriques Dans le syndrome de l, X Fragile, Autism et X Fragile, J. Psychiatic De l'Enfant, XXX vi, i, p. 5 : 26.

179- Lovaas, I., O. et al. (1993): Long Term out come for Children with Autism Who Received Early Intensive Behavioral Treatment American Journal on Mental on Mental Retardation, Jun. vol. 97 (4) p. 369 – 372.

180- Magda, Cambell et al. (1996): Treatment of Autistic Disorder J. An Acad Adolesc Psychialry. 35 (2) (Feb). pp. 134 – 143.

181- Margaret Whelan and Neil Walker (1999): Effective Teaching Strategies and Essential Behavior prevention Techniques, Paper in Conference Autism 99. Came from The Net, http://www.autism99/org/.

182- Marica, D. (1990): Autism and Life in The Community: Successful intervention for Behavioral Challenges. London, Pawal, H. Co.

183- Matson, D. et al. (1990): Teaching Self Help Skills to Autistic and Mentally Retarded Children, Research in Development Disabilities, vol. 11, No. 1.

184- Maureen, A. and Tessa. G. (1993): The Handbook of Autism, A Guide for Parents and Professionals, Lorna Wing, London, p. 11.

185- McCloskey-Dale, Susan K. (1999): Ect and Autism, Making the Connection Paper Presented at the Annual South East Augmentative Communication Conference (20th, Birmingham, Al, Oct. 1 – 2).

186- Njardvik, U. et al. (1999): A Comparison of Social Skills in Adults with Autism Disorder, Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified, and Mental Retardation. Journal of Autism and Development Disorders, 29 (4), 245 – 359.

187- Osterling and Dawson; G. (1994): Early Recognition of Children with Autism, A Study Birthday Home Video Types. J. of Autism and Development Disorders, 24 (3), p. 246 : 257.

188- Pierce, K. and Schreibman. L. (1997): Using Peer Trainers to Promote Social Behavior in Autism: Are They Effective at Enhancing Multiple Social Modalities? Focus-on-autism and Other Developmental Disabilities. Vol.12(4): 207–218.

189- Piril, S. (1996): The Play of Disabled Children in early Development Eric Data Base: 403064.

190- Ratekin, C. (1993): Comparison of Temperament ratings in Children with Mental Retardation and typical Children. Paper Presented at The Society for Research in Child Development Conference (New or Learns, AL, March 25 – 28).

191- Renes Solulayrol, Jolelee Moser, Flavie Derynch (1997): Le Symbolise Gestuel de L'enfant Psychotique, la Psychiatrie de l'Enfant, Press Universitaire de France, V (1), pp. 143 : 174.

192- Renny, Hogan, K. (1997): Non Verbal Thin King, Communication, Imitation, and Play Skills from a Developmental Perspective, North Carolinian, Document Don in loaded from The Internet.

193- Ross, A.O. (1979): Psychological Disorders of Children: A Behavioral Approach to Theory, Research and Therapy, New Growther.

194- Ruble, L. A. (1997): Compartive Study of The Natural Habitat Behaviors of Children with Autism and Children with Down Syndrome: An Ecological Approach. P.H.D. Disertation, Indian University Bloomington.

195- Schaefor, C. and O., Conner, K. (1983): Handbook of play Therapy. New York. John Wiley and Sons.

196- Siegel, Brany (1996): The Autistic Children Understanding and Treating Autistic Spectrum Disorders, Oxford University Press, U.S.A.

197- Silverain, A. (1992): The Use of symbol Shelves Teaching Communication with Multi-handicapped Children, Eric Database: 234 : 594.

198- Sweeney, D. P. and Forness, S.R. (1998): An Overview of Medications Commonly Used to Treat Behavioral Disorders Associated with Autism, Tourette Syndrome and Pervasive Developmental Disorders, Sweeney, D.P.: California State U., Dept of Educational Psychology and Counseling, San Bernardino, C.A., US, Focus on Autism and Other Developmental Disabilities Fal. Vol. 13 (3) 144/150.

199- Swinkels, W. and Van, H. (1997): Children with A Pervasive Development Disorders, Children with A Language Disorder and Normally Develop Children in Situation with High and Low Level Involvement of The Caregiver J. Child Psychol and Psychat, 38 (3): 327 : 330.

200- Suzanmes and Marie (1996): Teaching Communication to Children with Language in poreneut in Autism, Stragies for Change, Gardner Press. New York.

201- Tirosh. E. and Conry. J. (1993): Autism with Hypertexia: A distinct syndrome. Israel. Jul; 98: 84 – 92.

202- Vanmeter, L. (1995): Attachment and Social Relatedness in Autism. Individual and Family Studies, vol. 56. p. 2640.

203- Volkmar, F. et al. (1988): DSM-III and DSM-R diagnosis of Autism. American Journal of Psychiatry, vol. 11, No. 145, pp. 1404 : 1408.

204- Volkmar, F. and Cohen, D. (1991): Non Autistic Pervasive Developmental Disorders in Michels, R. et al. (Eds) Psychiatry, Lipp in Cott Company Philadelphia, London, New York, Hagerstown, Revised Edition.

205- Wadden, N. et al. (1991): A Closer Look at The Autism Behavior Checklist: Discriminate Validity and Factor Structure. Journal of Autism and Developmental Disorders, 21 (4). 395 – 411.

206- Wallace, H. et al. (1997): Resource Guide to children to children with Disabilities and Chronic Illness Mos by Yearbook, Inc.

207- Walters, Anne S. et al. (1990): A case Report of Naltrexone Treatment of Self Injury and Social Withdrawal in Autism Journal of Autism and Developmental Disorders, 20 (2), 215 – 231.

208- Webester, Merriam (1966): "Webster's Third New International Dictionary" Massachusetts: G. and C. Merriam Company.

209- Weiskop, Sophie et al. (2001): Treatment of Sleep Problems in a 5-year Old Boy with Autism Using Behavioral Principles, Weiskop, S.: Kmit U., Bundoora, VIC, Australia, Autism, Jun, vol. 5 (2) 209 – 221.

210- Wheeler, J. and Carter's (1998): Using Visual Cues in The Classroom for Learners with Autism as a Method for promoting Positive Behavior. B.C. Journal of Special Education, vol. 21, No. 3.

211- Wimpory, Dowan et al. (1996): Musical Interaction Therapy for Children with Autism, Journal of Autism and Developmental Disorders; vol. 25, No. 5, pp. 544 : 552, Oct.

212- Wimpory, Dawn C., Nash, Susan (1999): Musical Interaction Therapy: Therapeutic Play for Children with Autism, Wimpory, D.C.U. Wales, Bangor, Wales, Child Language Teaching and Therapy. Feb vol. 15 91) 17 – 28.

213- Winnicotte, D. (1988): Playing and Reality New York Penguin Books.

214- Wolf, S. (1988): Psychiatric Disorder of Childhood in Kandell K. E. and Zealley (ED) Companion to Psych-iatric Studies, London, Churchill Liungstone.

215- Wolman, Benjamin, B. (1973): "a Dictionary of Behavioral Science" New York: Van Nostr and Reinhold Company.

الملاحق

١-	ملحق (١)	مقياس الاضطرابات السلوكية للطفل التوحدى من سـن ١٠:١٢ سنة (إعداد الباحث)
٢-	ملحق (٢)	قائمة تشخيص إعاقة التوحد (DSMIV, 1994) (ترجمة وإعداد/ ماجد السيد)
٣-	ملحق (٣)	البرنامج العلاجى باللعب (إعداد الباحث)
٤-	ملحق (٤)	استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحث)
٥-	ملحق (٥)	استمارة المستوى الاقتصـادى والاجتمـاعى والثقـافى للأسرة (إعداد الباحث)

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

ملحق (١)

مقياس الاضطرابات السلوكية للطفل التوحدى

من سن ١٠:١٢ سنة

إعداد

محمد أحمد محمود خطاب

إشراف

الأستاذة الدكتورة
كاميليا عبد الفتاح
أستاذة علم النفس المتفرغ
بمعهد الدراسات العليا
للطفولة وعميدة المعهد سابقاً

الدكتورة
منى حلمى أحمد سند
أستاذ مساعد طب الإعاقة
بمركز معوقات الطفولة
جامعة الأزهر

مقدمة:

- هذا المقياس وضع لقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين من سن ١٠:١٢ سنة.
- ويتكون المقياس من أربعة أبعاد وهم:

أولاً: سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب ويتكون من ٢٥ عبارة.

ثانيا: النشاط الحركى المفرط وتشتت الانتباه ويتكون من ٢٥ عبارة.

ثالثاً: سلوك عجز التواصل مع الآخرين ويتكون من ٢٥ عبارة.

رابعاً: السلوك العدوانى ويتكون من ٢٥ عبارة.

- مجموع عبارات المقياس الإجمالى هو مائة عبارة.

السيد الفاضل الدكتور/

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الباحث/ محمد أحمد محمود خطاب

بإجراء دراسة موضوعها:

"فعالية برنامج علاجى باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين"

حيث الهدف الرئيسى من هذه الدراسة:

الكشف عن فاعلية العلاج باللعب فى خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية وهى تحدياً "سلوك إيذاء الذات، السلوك العدوانى، النشاط الحركى المفرط، وسلوك عجز التواصل مع الآخرين" لدى عينة من الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من سن ١٠:١٢ سنة.

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

خطاب المحكمين الخاص بمقياس

الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين

من سن ١٠ :١٢ سنة

جدول يوضح أسماء السادة المحكمين لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين

م	الاسم	الدرجة العلمية
١-	أ.د فايزة يوسف	أستاذة علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة وعميدة المعهد سابقاً
٢-	أ.د إلهامى عبد العزيز	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة ووكيل المعهد.
٣-	أ.د سوسن إسماعيل عبد الهادى	أستاذ علم النفس بكلية التربية بنات – جامعة عين شمس
٤-	أ.د على سليمان	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات التربوية – جامعة القاهرة
٥-	أ.د مصطفى تركى	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات التربوية – جامعة القاهرة
٦-	أ.د سهير كامل	أستاذة علم النفس بكلية رياض الأطفال وعميد الكلية سابقاً
٧-	أ.د منى محمد على جاد	أستاذة تربية الطفل ورئيس قسم العلوم التربوية بكلية رياض الأطفال وعميدة الكلية سابقاً
٨-	أ.د وفاء محمد كمال	أستاذة علم النفس بكلية رياض الأطفال
٩-	أ.د علوية عبد الباقى	أستاذة الطب النفسى بمعهد الدراسات العليا للطفولة
١٠-	أ.د إيناس عبد الفتاح	أستاذة علم النفس بكلية الآداب – جامعة عين شمس
١١-	أ.د خالد عبد الرازق	أستاذ علم النفس المساعد بكلية رياض الأطفال – جامعة القاهرة

م	الأبعاد	دائماً	أحياناً	نادراً	لا يحدث
أولاً	سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب:				
١-	يقوم الطفل بضرب (خبط) رأسه بقوة في الحائط.				
٢-	يستخدم الأدوات الحادة (كالأمواس أو الزجاج) لجرح نفسه.				
٣-	يعض لسانه أو أجزاء أخرى من جسمه.				
٤-	يضغط على الجروح ويدميها				
٥-	محاولة القفز من الشباك أو البلكونة.				
٦-	خربشة الجسم بالأظافر				
٧-	محاولة قضم الأشياء الصلبة.				
٨-	يلسع نفسه بالنار.				
٩-	يندفع نحو الأشياء بشدة وبقوة.				
١٠-	شد شعر الرأس أو الحاجب بقوة				
١١-	قضم الأظافر حتى يدميها.				
١٢-	القفز من أعلى السلم لبير السلم.				
١٣-	إدخال رأسه داخل كيس بلاستيك مما يؤدي للاختناق.				
١٤-	الضغط بشدة على العين.				
١٥-	يضع أشياء في أذنه أو عينيه أو فمه أو أنفه.				
١٦-	يلقي بنفسه على الأرض صارخاً				

م	الأبعاد	دائماً	أحياناً	نادراً	لا يحدث
	وصائحاً				
١٧-	كثير الغضب.				
١٨-	يضـرب (يـدق) الأرض بقدمـه صارخاً وصائحاً.				
١٩-	يضرب الأشياء أو الأبواب بقدمـه فى أوقات الغضب.				
٢٠-	يغضب ويثور عند حدوث أى تغير بسيط فى البيئة.				
٢١-	يأخذ أوضاعاً غير مريحة لما يكون غاضب.				
٢٢-	يظهر غضبه شديد إذا طلباتـه لـم تلبى بسرعة.				
٢٣-	قذف الآخرين بأى شـيء يكـون أمامه.				
٢٤-	يرفض أن يرتدى ملابسه.				
٢٥-	الامتناع عـن تنـاول الطعـام أو الشراب أو الـدواء بعـد ثـورات الغضب.				
ثانيا:	**النشاط الحركى المفـرط وتشـتت الانتباه:**				
١	عدم الجلوس فى مكان واحد لمـدة دقائق.				
٢	عدم المكوث فى نشاط واحد محدد.				
٣	القفز أو التنطيط المستمر.				

م	الأبعاد	دائماً	أحياناً	نادراً	لا يحدث
٤	غلق وفتح التليفزيون أو الأبواب أو الإدراج ... الخ بصفة مستمرة.				
٥	النقر على الأشياء.				
٦	يتململ باستمرار وبعصبية.				
٧	عدم الجلوس بهدوء.				
٨	نقل المقعد من مكان لآخر.				
٩	غير مستقر ويغير من وضع جسمه باستمرار.				
١٠	أقل تحكماً فى حركاته وأنشطته.				
١١	دائم التحريك لقدميه أو ساقيه.				
١٢	هز الرأس للأمام أو الخلف باستمرار.				
١٣	فرد الذراعين والدوران مثل المروحة لفترات طويلة.				
١٤	يجد صعوبة فى انتظار دوره.				
١٥	يقضى الليل مستيقظاً يصدر أصواتاً.				
١٦	يجد صعوبة فى الاستمرار فى الجلوس.				
١٧	يشتت انتباهه بسرعة.				
١٨	غالباً ما يفشل فى إنهاء الأشياء التى بدأها.				
١٩	لا يركز ولا يستمع إلى ما يوجه إليه من تعليمات أو توجيهات.				

م	الأبعاد	دائماً	أحياناً	نادراً	لا يحدث
٢٠	الهروب من الأنشطة المطلوبة منه.				
٢١	يتجنب أو يتجاهل القيام ببعض المهام التى تتطلب تركيزاً عقلياً مستمراً كالواجبات المدرسية.				
٢٢	استجابته للتعليمات بطيئة.				
٢٣	صعوبة تنفيذ الأوامر البسيطة.				
٢٤	ينتقل من لعبة لأخرى.				
٢٥	ينشغل بنشاط ما دون غيره.				
ثالثاً:	**سلوك عجز التواصل مع الآخرين:**				
١-	يجد صعوبة فى استخدام الإشارات أو الإيماءات.				
٢-	صعوبة التعبير عن انفعالات الغضب والسرور.				
٣-	صعوبة التحدث بوضوح.				
٤-	لا يستجيب الطفل للكبار الذين يتفهمون إعاقته.				
٥-	عدم مبادلة الآخر نفس المشاعر.				
٦-	لا يقلد الأصوات التى يسمعها من الآخرين.				
٧-	يتضايق عندما يلمسه أو يحضنه أحد.				
٨-	ينسحب من المواقف الاجتماعية.				
٩-	يصعب عليه المبادرة بالحديث أو الكلام.				

م	الأبعاد	دائماً	أحياناً	نادراً	لا يحدث
١٠-	لا يستجيب عند النداء عليه بـذكر اسمه.				
١١-	يقاوم محاولات الآخرين للتفاعـل معه بسد أذنيه أو تغطية عينيه.				
١٢-	يثبت على تعبير واحد فقط.				
١٣-	لا يسلم على أحد.				
١٤-	الترديد الآلى للكلمات.				
١٥-	لا يأتى إليك الطفل بالضرورة عند مناداته.				
١٦-	يقاوم النظر فى عيون الآخرين.				
١٧-	عدم دفء العناق ويبدو متصلباً.				
١٨-	لا يظهر أى اهتمام أو تعاطف مع الآخرين إذا كـانوا منـزعجين أو مسالمين.				
١٩-	لا يفهم التلميحات الاجتماعية التى تتصل بلغـة الإشـارة وتعبيـرات الوجه.				
٢٠-	يفضل أن يكون وحيـداً ولا يهـتم بوجود الأم أو الأب بجواره.				
٢١-	يتعامل مع الناس وكأنهم أشياء.				
٢٢-	يصـعب عليـه الاسـتمرار فـى الحديث.				
٢٣-	يظهر قصور فى التواصل البصرى أو الـوجهى أو الجسـمى أو التعبيرى.				

م	الأبعاد	دائماً	أحياناً	نادراً	لا يحدث
٢٤-	صعوبة فى أخذ دوره فى اللعب مع مجموعة من الأطفال.				
٢٥-	يجنى رأسه ويخبئها فى وجود الآخرين.				
رابعاً:	السلوك العدوانى:				
١-	هياج شديد وعدوان بدون سبب.				
٢-	يكسر ويحطم أثاث المنزل أو الفصل.				
٣-	يمزق ملابسه ويتلف الأزرار.				
٤-	يفسد أعمال الآخرين.				
٥-	يخطف الأشياء من أيدى الآخرين.				
٦-	يتسبب فى إيذاء زملائه بدون سبب واضح.				
٧-	كثير التشاجر والخلاف مع الآخرين.				
٨-	قذف الكتب والألعاب فى وجه الآخرين.				
٩-	تمزيق أدواته وكتبه.				
١٠-	يعتدى على أقرانه بالضرب.				
١١-	يخرب أحواض الزرع.				
١٢-	يشد شعر زملائه بقوة.				
١٣-	يدفع الطعام على الأرض.				
١٤-	يخرب بعض الأدوات عمداً				
١٥-	يلعب بعنف وخشونة.				

م	الأبعاد	دائماً	أحياناً	نادراً	لا يحدث
١٦-	يدفع الأوانى لتحطيمها.				
١٧-	ردود فعل عدائية إذا حدث أى تغيير فى نظام الأشياء من حوله.				
١٨-	يقذف زملائه بالكرة أو بالحجارة.				
١٩-	إثارة الفوضى والهياج لما حوله.				
٢٠-	تقطيع اللوحات والمجلات المعلقة على الحائط.				
٢١-	يحطم المكعبات والألعاب والأدوات بدلاً من أن يلعب بها.				
٢٢-	كسر ويتحطم النوافذ.				
٢٣-	يستخدم الأدوات لمحاربة الآخرين.				
٢٤-	يدفع زملائه على الأرض.				
٢٥-	بعض الآخرين أو يخربشهم.				

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية
والاجتماعية

ملحق (٢)

قائمة تشخيص إعاقة التوحد

إعداد

الجمعية الأمريكية للطب النفسى ضمن الإصدار الرابع من الدليل الإحصائى لتشخيص الأمراض العقلية

(DSMIV, 94)

ترجمة وتقنين

ماجد السيد على عمارة

(١٩٩٩)

قائمة – قائمة تشخيص إعاقة التوحد بعد الإعداد والترجمة

الأبعاد	لا يوجد (صفر)	قصور بسيط (١)	قصور متوسط (٢)	قصور شديد (٣)	قصور حاد (٤)
أولاً: القصور النوعي في التواصل الاجتماعي:					
(١) قصور في استخدام السلوكيات غير الشفهية:					
أ-قصور التواصل البصري.					
ب-قصور في التعبيرات الوجهية.					
جـ-قصور في وضع الجسم التعبيري.					
د-قصور في إيماءات التفاعل الاجتماعي.					
(٢) قصور في نمو العلاقات الملائمة لمستوى النمو.					
(٣) قصور التلقائية في مشاركة الآخرين:					
أ-قصور في المشاركة والاستمتاع.					
ب-قصور الرغبة في التفاعل الاجتماعي.					
ثانياً: القصور اللغوي:					
١-قصور في النمو اللغوي.					
٢-قصور في القدرة على المبادأة					

الأبعاد	لا يوجد (صفر)	قصور بسيط (١)	قصور متوسط (٢)	قصور شديد (٣)	قصور حاد (٤)
والمحادثة مع الآخرين					
٣-الترديد اللغوى والاجترار.					
٤-قصور فى اللعب الملائم لمستوى النمو					
ثالثاً: نماذج للتكرارية فى السلوك:					
١-الاستغراق فى أحد النماذج التكرارية.					
٢-التمسك الشديد بالروتين والطقوس.					
٣-الحركات التكرارية:					
أ-حركات اليد.					
ب-حركات الأصابع.					
جـ-حركات الجسم.					
٤-الاهتمام بأجزاء الأشياء.					
رابعاً: قصور فى النمو:					
١-قصور التواصل الاجتماعى.					
٢-قصور فى استخدام اللغة للتواصل الاجتماعى.					
٣-قصور فى اللعب الخيالى أو الرمزى.					

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية
والاجتماعية

ملحق (٣)

برنامج علاجى باللعب
للأطفال التوحديين
لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لديهم

إعداد محمد أحمد محمود خطاب

إشراف

الأستاذة الدكتورة
كاميليا عبد الفتاح
أستاذة علم النفس المتفرغ
بمعهد الدراسات العليا
للطفولة وعميدة المعهد سابقاً

الدكتورة
منى حلمى أحمد سند
أستاذ مساعد طب الإعاقة
بمركز معوقات الطفولة
جامعة الأزهر

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

خطاب المحكمين الخاص بالبرنامج العلاجى باللعب

السيد الأستاذ الفاضل الدكتور/

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الباحث/ محمد أحمد محمود خطاب

بإجراء دراسة موضوعها عن:

"فعالية برنامج علاجى باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين"

والهدف الرئيسى من هذه الدراسة هو:

اختبار فعالية برنامج علاجى باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية "إيذاء الذات ونوبات الغضب، النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه، سلوك عجز التواصل مع الآخرين، والسلوك العدوانى" لدى عينة من الأطفال التوحديين ممن تتراوح أعمارهم من سن ١٠:١٢ سنة

ويحتوى البرنامج على ألعاب فردية وألعاب جماعية بما يتناسب مع طبيعة هؤلاء الأطفال.

ولذلك يرجو الباحث من سيادتكم التحكيم على صلاحية البرنامج وفعاليته مع الأطفال التوحديين، كما يرجو من سيادتكم أيضاً إدخال ما ترونه من تعديلات على البرنامج.

مع خالص إعزازى وتقديرى لسيادتكم

والله الموفق،،،

الباحث

جدول يوضح أسماء السادة المحكمين للبرنامج العلاجى باللعب

م	الاسم	الدرجة العلمية
١-	أ.د فايزة يوسف	أستاذة علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة ومعيدة المعهد سابقاً.
٢-	أ.د ليلى كرم الدين	أستاذة علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة.
٣-	أ.د إلهامى عبد العزيز	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة ووكيل المعهد.
٤-	أ.د مصطفى تركى	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات التربوية – جامعة القاهرة.
٥-	أ.د على سليمان	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات التربوية – جامعة القاهرة.
٦-	أ.د سهير كامل	أستاذ علم النفس بكلية رياض الأطفال وعميدة الكلية سابقاً – جامعة القاهرة.
٧-	أ.د منى محمد على جاد	أستاذة تربية الطفل ورئيس قسم العلوم التربوية بكلية رياض الأطفال وعميدة الكلية سابقاً.
٨-	أ.د وفاء محمد كمال	أستاذة علم النفس بكلية رياض الأطفال – جامعة القاهرة.
٩-	أ.د سوسن إسماعيل عبد الهادى	أستاذة علم النفس بكلية التربية بنات – جامعة عين شمس
١٠-	أ.د علوية عبد الباقى	أستاذة الطب النفسى بمعهد الدراسات العليا للطفولة – القسم الطبى.
١١-	أ.د خالد عبد الرازق	أستاذ علم النفس المساعد بكلية رياض الأطفال – جامعة القاهرة.

أولاً: تدريبات التنفس:

أ-الهدف منها:

١- مساعدة الطفل تدريجياً على التعرف بخصائص عملية التنفس وإمكانياتها التعبيرية.

٢- زيادة الثقة بأنفسهم، وفى إمكانياتهم التعبيرية، وفى إمكانية كل طفل منهم التعبير عن نفسه وعن مشكلاته فى المواقف اليومية والحياتية المختلفة بطرق وأساليب مناسبة وفقاً لطبيعة كل موقف.

٣- تدريب الطفل على ضبط انفعالاته مثل الغضب والعدوان سواء تجاه ذاته أو تجاه الآخرين.

٤- تنمية قدرة الطفل على التعبير الوجهى والتواصل مع الآخر وفهم إيماءاته وتعبيراته مع زيادة قدرته على مبادلة الآخر لهذه الإيماءات والإشارات.

٥- زيادة قدرة الطفل على الانتباه والتركيز

ب-الأدوات المستخدمة:

تم الاستعانة بمجموعة من الأدوات مثل البالونات، والشمع، والريش، وكرات البينج بونج والفلين، وقطع الورق الخفيف.

ج-الزمن المستغرق فى هذه التدريبات لكل جلسة:

يتراوح من ٣٥ : ٤٥ دقيقة.

التمرين الأول: استخدام البالونات فى التدريب على عملية التنفس بأن يقوم الطفل بنفخ البالونة ثم يضعها على خده، حتى يشعر بتأثير الهواء وهو يخرج، وكذلك يقوم الطفل بنفخ بالونة ثم يتركها تطير غير مربوطة فتطير محدثة صوت مميز فى الهواء مما يساعد على جذب انتباه الطفل. وتحركه نحوها لكى يتلقفها.

التمرين الثاني: يجلس الطفل حول منضدة فى مواجهة الباحث ثم يبدأ الباحث فى دفع كرة البينج بونج نحو الطفل عن طريق النفخ ثم يبدأ الطفل فى تقليد الباحث مع استبدال الكرة بقطع من الفلين والورق الخفيف لتناسب ميول كل طفل على حدة.

وقد أدت إلى زيادة تركيز الطفل وانتباهه وتواصله البصرى مع الباحث مع قلة الحركات العشوائية التى كانت تصدر من الطفل قبل بدء الجلسة.

التمرين الثالث: استخدام الريش فى عملية التنفس وذلك بأن يضعها الطفل عى شفتيه ثم يبدأ فى النفخ محاولاً الاحتفاظ بالريشة معلقة فى الهواء عن طريق نفخات متقطعة وتنتهى اللعبة عندما تقع الريشة على الأرض.

وفى هذا التمرين تململ الأطفال منها حيث كانت تتطلب تركيز ومثابرة.

التمرين الرابع: ويستخدم فى هذا التمرين الشمع ويطلب الباحث من الطفل إطفاؤها مرة واحدة أو على عدة مرات وذلك على مسافة تبعد عن الشمع تزيد وتقترب حسب مقدرة الطفل على مثل ذلك.

فى هذا التمرين كان الأطفال أكثر سعادة وأكثر انتباه وتواصلاً واستجابة للتعليمات مع انخفاض الحركات العشوائية.

ملاحظات حول جلسات وتدريبات التنفس:

١- تتطلب شرح كل لعبة فى البداية وقتاً طويلاً إلى حد ما مع قيام الباحث بتنفيذ اللعبة حتى استطاع أن يتجذب انتباه الطفل مع زيادة رغبته فى أن يقوم بها هو بنفسه.

٢- أدى الاستغراق فى كل لعبة بأن تختفى بعض السلوكيات غير المناسبة مثل إصدار الأصوات بصفة تكرارية أو نشاط حركى مفرط بحيث استطاعت هذه التدريبات والألعاب البسيطة أن تملك حواس الأطفال.

٣- كما أدت هذه الألعاب إلى زيادة التواصل البصرى بين الطفل والباحث كما زادت من قدرة الطفل على الانتباه والتركيز مثله مثل الشخص العادى الذى يستغرق فى عمل ما.

٤- كما أصبح الطفل أكثر طواعية وأكثر استجابة للتعليمات التى تصدر إليه.

٥- كما تمت هذه الألعاب قدرة الطفل على الانتظار بدون أن يصاحبه غضب أو إيذاء للذات كما أن تعامله مع الأدوات أصبحت تتسم بالمرونة بعد أن كان يتعامل معها بالعنف وبالتحطيم.

ثانياً: الألعاب الحسية والحركية:

(١) لعبة المرأة تتكلم:

أ- الهدف منها:

هذه اللعبة تهدف إلى:

١- تنمية مهارة الانتباه والتركيز لدى الطفل.

٢- تنمية مهارة التقليد ومحاكاة الأشياء والسلوكيات المرغوبة.

٣- استخدام تعبيرات الوجه فى التواصل مع الآخرين.

٤- القدرة على استخدام تعبيرات الوجه فى التعبير عن الغضب أو السرور أو الضيق.

٥- زيادة ثقة الطفل بنفسه مع زيادة إدراكه لأجزاء وجهه.

ب-الأدوات اللازمة:

مرآة فقط.

جـ-الخطوات الإجرائية لهذه اللعبة:

١- يقف الباحث خلف الطفل أمام المرآة.

٢- يقوم الباحث ببعض الإشارات مثل تحريك الرأس ثم يطلب الباحث من الطفل تقليده.

٣- يسأل الباحث الطفل فين الرأس فإذا أشار إليها يطلب منه الإشارة إلى العين.

٤- أما إذا فشل فيقوم الباحث بأخذ يد الطفل ويضعها على رأسه مع تكرار الإشارة والقول حتى يستجيب الطفل.

٥- وأخيراً أداء خاص بتعبيرات الوجه المسرور، الغاضب، الخائف.

(٢) لعبة قلديني يا قطة:

أ-الهدف منها:

حيث أن هذه اللعبة تساعد الطفل على:

١- الاستجابة للتعليمات التى تصدر له.

٢- زيادة الانتباه والتركيز.

٣- خفض حدة النشاط المفرطة واستغلاله بشكل مفيد.

٤- تعلم القيام ببعض المهام البسيطة.

٥- زيادة الوعى بالآخرين وبذاته عن طريق تقليده لحركات الباحث والمساعد.

٦- التعرف على أجزاء جسمه وأجسام الآخرين.

٧- تحريك كل جزء من أجزاء الجسم بشكل مفيد واستغلال طاقته الزائدة فى أعمال مفيدة بدلاً من إيذاء الذات أو العدوان على الآخرين.

ب-المواد اللازمة:

بعض الأقنعة الورقية.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- الباحث ومساعد له ويقف كل منهما فى مواجهة الآخر.

٢- يقف الباحث فى وضع معين كأن يضع يده فى خصره.

٣- يقوم اللاعب الآخر بتقليد حركات الباحث.

٤- يغير الباحث الوضع ويطلب من اللاعب أن يقلده.

٥- ثم تطبق الخطوات السابقة بين الباحث والطفل ولا ينتقل إلى وضع آخر جديد إلا بعد أن يقوم الطفل بتنفيذ الوضع الذى سبق وأن طلب منه.

(٣) لعبة الكرة:

أ-الهدف منها:

١- استقبال المدركات البصرية وتحويلها إلى حركات.

٢- تحسين توقيت الحركات.

٣- زيادة الثقة بالنفس وممارسة مواقف فيها قدرة أكثر من التآزر الحركى والبصرى.

٤- زيادة مهارة الانتباه والتوقع والاستعداد.

٥- مشاركة الآخرين والتفاعل والتواصل معهم.

٦- صرف طاقة الطفل الزائدة كالنشاط الزائد وإيذاء الذات والعدوانية.

ب-الأدوات اللازمة:

كرة من المطاط أو البلاستيك

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- يقف الطفل على بعد حوالى عشرة أقدام وفى مواجهة الحائط.

٢- توضع الكرة على الأرض.

٣- يقذف الطفل الكرة ويحاول أن يجعلها ترتطم بالحائط وبالتالى سترجع له مرة أخرى.

(٤) لعبة الأقنعة الورقية:

أ-الهدف منها:

١- مساعدة الطفل أن يتعاطف ويتواصل مع الآخرين.

٢- أن يفهم الطفل نفسه ويكف عن إيذاء نفسه وأيضاً تقل عدوانيته تجاه الآخرين.

٣- يتعرف الطفل ويستبصر بالمشاعر المختلفة كالسعادة والحزن والغضب.

٤- الإقلال من الإفراط الحركى مع زيادة الانتباه والتركيز نتيجة الاستغراق فى اللعبة.

ب-الأدوات اللازمة:

أكياس ورقية وألوان.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- صنع أقنعة ورقية وذلك عن طريق تحديد مكان العيون والأنف والفم وعمل فتحات لها.

٢- تلوين هذه الأقنعة بعد رسم الوجه وتحديده من قبل.

٣- إعطاء الفرص للطفل أن يضع نموذج آخر مع رسم الوجه حتى يرى كافة التعبيرات.

٤- يلبس الطفل القناع وتتعامل معه بالكلمات والإشارات والإيماءات حسب القناع الذى يرتديه.

(٥) لعبة وجه المهرج:

أ-الهدف منها:

١- مساعدة الطفل أن يصبح أكثر إدراكاً لحجمه وشكله.

٢- بناء ثقته بنفسه عن طريق معرفته بنفسه.

٣- الاندماج والتفاعل فى نشاط منظم.

٤- زيادة درجة الانتباه والتركيز والتواصل سواء مع الباحث أو اللعبة.

٥- التخلص من السلوكيات النمطية غير المرغوبة مع قلة النشاط الحركى المفرط.

ب-الأدوات اللازمة:

١-غطاء للرأس ٢-طرطور ٣-شعر مستعار.

٤-أنف صناعى على هيئة كرة.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- يقوم الطفل بمساعدة الباحث على لبس الأشياء السابقة.

٢- حث الطفل على السير بطريقة استعراضية أمام مجموعة من الأطفال المتفرجين وبطريقة بهلوانية.

٣- مع ملاحظة هل استطاع الطفل أن يؤدى اللعبة وهل كان ذلك بطريقة منضبطة أو عدوانية.

٤- استخدام الموسيقى حتى يستطيع الطفل أن يتفاعل مع اللعبة.

(٦) لعبة الصور الملونة:

أ-الهدف منها:

١- تنمية التعبير الحركى.

٢- تنمية التعبير عن المشاعر بالأشكال.

٣- التنفيس عن العدوان تجاه الذات أو الآخرين عن طريق الرسم.

٤- التخلص من مشاعر الغضب.

٥- زيادة درجة الانتباه مع الإقلال من النشاط المفرط نتيجة الاستغراق فى اللعبة.

٦- زيادة درجة التواصل والاستجابة للتعليمات.

ب-الأدوات اللازمة:

ورق أبيض للرسم، صور ونماذج، أقلام للتلوين.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- يوضع نموذج أمام الطفل ويقوم برسم مثله أو يترك على سجيته لرسم ما يشاء.

٢- يتم تلوين هذه الصور بعد ذلك بالألوان التى يفضلها الطفل.

٣- يسمح للطفل أن يجرى التجربة مرة أخرى.

٤- نجعل الطفل يقوم بهذه الممارسات مرات متتالية ليتأكد من أنـــه أصـــبح قادر على التعبير عن المشاعر بالأشكال.

(٧) لعبة بصمات الأيدى والأقدام:

أ-الهدف منها:

١- مساعدة الطفل على تفهم ذاته.
٢- أن يصبح الطفل أكثر إدراكاً لحجمه وشكله.
٣- زيادة وعى الطفل بأبعاد جسمه مما يقلل من إيذاءه لذاته.
٤- تنمية مفهوم البناء وليس التدمير والعدوان.
٥- الإقلال من النشاط الحركى المفرط مع زيادة درجة الانتباه والتركيز.
٦- اتباع التعليمات والتواصل مع الباحث للتعـــرف علـــى قواعـــد اللعبـــة وشروطها.

ب-الأدوات اللازمة:

صلصال، علب أو أكواب من البلاستيك، قلـــم رصـــاص، ماصـــة مـــن البلاستيك - ألوان.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- يعطى الطفل قطعة من الصلصال ثم يقوم بفردها.
٢- نحضر كوب بلاستيك ونضعها على قطعة الصلصال حتى نضع شـــكل على شكل دائرة أو مستطيل حسب شكل فوهة الكوب.
٣- ثم يعاد فرد قطعة الصلصال ويضع الطفل يده عليها بقوة حتى تطبع يده على قطعة الصلصال ويتم تلوينها.
٤- وتفعل ذلك مع القدم إذا أمكن.
٥- استخدام القلم لعمل ثقوب فى قطع الصلصال وتشكيلها بطرق مختلفة.
٦- مع ملاحظة كيفية استجابة الطفل لهذه اللعبة وكيفية تناوله للخامات ومـــا هى درجة استجابته للتعليمات واتباعـــه للقواعـــد أو التعـــرف بطريقـــة عدوانية أو عشوائية.

(٨) لعبة العناية بالحديقة:

أ-الهدف منها:

١- مساعدة الطفل على الانتباه للآخرين سواء كان نبات أو حيوان بحيث يمتد الاهتمام والتعاطف ليشمل الجميع وليس الأفراد أو الأشخاص فقط.

٢- زيادة درجة الانتباه والتركيز من خلال قيامه بتجزئة العمل لخطوات مما يساعده على التخلص من التمركز حول ذاته.

٣- تنمية الحفاظ على الممتلكات والعناية بالأشياء.

٤- التخلص من النشاط المفرط وزيادة درجة الاستجابة للتعليمات.

٥- زيادة اهتمامات الطفل بأنشطة مفيدة بدلاً من عدوانيته وغضبه تجاه ذاته أو تجاه الأشياء.

ب-الأدوات اللازمة:

حوض بلاستيك-رمل-ماء-نبات الصبار-فنجان بلاستيك-عصا خشبية.

جـ-الخطوات:

١- جمع كمية من الرمل ووضعه فى الحوض البلاستيك بحيث يملأ إلى منتصفه.

٢- يضاف نصف كوب من الماء ويقوم الطفل بخلطه بيديه أو بالعصا الخشبية.

٣- يعمل الطفل حفرة صغيرة مستخدماً إصبعين معاً لكل نبات مما سيتم زرعه.

٤- ينقل النبات من الأصيص وبعناية يضعها الطفل فى إحدى الحفر التى صنعها وبعد ذلك يشعر الزرع بالماء كلما احتاج إلى ذلك.

(٩) لعبة فرز الرمل:

أ-الهدف منها:

١- تطوير مفاهيم الشكل والتميز بين المواد الكثيرة والصغيرة.

٢- زيادة الانتباه والتركيز.

٣- التخلص من الطاقة الزائدة وتوجيهها إلى أنشطة مفيدة بدلاً من إيذاء الذات أو العدوان تجاه الآخرين.

٤- تعلم المثابرة والبدء والانتهاء من عمل ما بدلاً من الأنشطة الحركية المفرطة التى يقوم بها.

ب-الأدوات اللازمة:

عبوات من البلاستيك مملوءة بعضها بالرمل؛ وبعضها بمواد أخرى كالقصاصات الورقية، مصافى بثقوب كبيرة، ومتوسطة وصغيرة.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- توضع كميات من الرمل والمواد الأخرى المختلفة أمام الطفل.

٢- يقوم الطفل بخلط المواد المختلطة مع الرمل.

٣- تستخدم مصافى مختلفة لفصل المواد الكبيرة والمتوسطة والصغيرة.

٤- يترك الباحث للأطفال استخدام المصافى كما يتراءى لهم وذلك عند تكرار التجربة بعد ذلك.

٥- مع ملاحظة:

أ-مدى تململ الطفل أو مدى مثابرته فى أدائه اللعبة.

ب-هل هو سعيد أم لا وما هى درجة الانهماك فى أدائه لعمله.

جـ-هل استطاع الطفل أن يميز الأحجام والأشكال.

(١٠) لعبة وخز النحل:

أ-الهدف منها:

١- تنمية سلوك التواصل مع الآخر.

٢- تعليم الطفل أن يتلامس مع الآخرين ويقترب منهم.

٣- التحكم فى حركات جسمه.

٤- التعرف على حواسه وكيفية استخدامها.

الأدوات اللازمة:

أداة للإشارة (مسطرة بلاستيك أو بديل لها). - منديل

الخطوات الإجرائية:

١- يغلق الطفل عينه ويربط أو يغمى عينه بمنديل.

٢- يقوم الباحث يلمس جزء من أجزاء جسمه بالمسطرة.

٣- على الطفل أن يشير بعد فك العصابة أو يقول ما هو الجزء من جسمه الذى تم لمسه.

٤- مع ملاحظة هل يبدو الطفل قادراً على أن يمارس هذه اللعبة دون خوف أو إثارة انفعالاته وغضبه وعدوانه أم لا؟

٥- ومن الممكن استخدام عروسة (دومية) ويقوم الطفل أو الباحث بذكر أجزاء جسم العروسة للطفل ليلمسها أو يخزها.

(١١) لعبة الجرسون:

أ-الهدف منها:

١- إكساب الطفل الثقة بذاته أثناء تحركاته فى المكان الذى يتواجد فيها.

٢- زيادة قدرات الطفل التعبيرية والحركية فى المواقف المختلفة بطريقة مناسبة.

٣- توسيع مدى انتباه الطفل وتمكينه من التركيز.

٤- تنمية التآزر البصرى والحركى.

ب-الأدوات اللازمة:

أكواب من البلاستيك - صينية بلاستيك - حبال

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- يطلب الباحث من الطفل سكب كوب مملوء بالماء فى كوب آخر خالى دون سكب الماء خارج الكوب.

٢- ثم يضع الأكواب فى صينية ويمشى بها على خط مستقيم دون الخروج عن الخط.

٣- تكوين دوائر من الحبل على الأرض ويقفز الطفل من دائرة إلى أخرى مرة بقدمين ومرة بقدم واحدة.

٤- محاولة الوقوف بقدم واحدة أطول فترة ممكنة.

مع تعزيز كل خطوة أو لعبة ينجح فيها الطفل ولا ينتقل من خطوة إلى أخرى إلا دون إتمامها بشكل جيد بقدر الإمكان.

ملاحظات حول الألعاب الحسية والحركية:

١- بما أن اللعب لدى الأطفال يوازى العمل لدى الكبار فإن استغراق الطفل فى اللعب قد ساعد على:

أ-تخلصه من مشاعر التململ وزيادة مساحات التركيز والانتباه لديه.

ب-تنمية مفهوم الانتظار والاستجابة للتعليمات والتعرف على الإشارات مثل بدء اللعب أو إشارة الانتهاء من اللعبة.

جـ-قلة حدة النشاط الحركى المفرط واستغلال طاقاته الزائدة فى الأنشطة البناءة بدلاً من الغضب أو إيذاء الذات أو عدوانه على الآخرين أو الأشياء.

د-التمركز والاندماج مع اللعبة بدلاً من الذات والتواصل مع الباحث بصرياً وبالإشارات.

٢- تنمية الوعى لديه بأن يستخدم الأشياء كالرسم للتعبير عن انفعالاته ومشاعره المكبوتة.

٣- زيادة التآزر البصرى والحركى بمرور الوقت بشكل صحيح.

٤- قلة تمرد الطفل أو عصيانه للتعليمات تدريجياً.

٥- مع تكرار الطفل لهذه الممارسات لفترات متتالية أصبح قادراً على التعبير عن المشاعر بطرق عديدة.

٦- تعلم البدء فى مهمة ما ولا يتركها حتى يتم الانتهاء منها.

٧- إكساب الطفل الثقة بذاته أثناء تحركاته فى المكان الذى يتواجد فيها.

٨- تعويد الطفل على محاكاة الأشياء والسلوكيات المرغوبة.

ثالثا: ألعاب التشكيل:

(١) لعبة النجار:

أ-الهدف منها:

١- مساعدة الطفل على التعبير عن المواقف التى تتسم بالعدوان والغضب بشكل مقبول.
٢- تعلم تلقى الأوامر والتعليمات والطاعة.
٣- زيادة تفاعله مع زملاءه وتواصله معهم.
٤- زيادة التفاعل والتعاون بينه وبين زملاءه.
٥- تعلم انتظار دوره بدون غضب أو إيذاء لذاته مع تقلص النشاط الحركى المفرط وزيادة درجة الانتباه والتركيز.

ب-الأدوات اللازمة:

الفلين بدلاً من الخشب-صمغ-مسطرة لقطع وتنظيم الحواف-أعواد كبريت بدلاً من المسامير.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- يقوم الباحث بتدريب الأطفال على الأدوات واستخدامها.

٢- أن يراقب الباحث النشاط كله وأن يفض الاشتباكات التى تقع بين الأطفال إذا حدث اعتداء على الأدوات التى يملكها كل طفل.

٣- تشجيع وحث الأطفال على استكمال النشاط من خلال تقليد النماذج الموضوعة أمامهم أو تقليدهم للباحث فى أداء هذه اللعبة.

٤- تشجيع الأطفال على تبادل الأدوات والتصفيق للطفل الذى ينجز مهمته بنجاح.

(٢) لعبة دق المسامير:

أ-الهدف منها:

١- مساعدة الطفل على تنمية مهاراته الحسية والحركية.
٢- تنمية التآزر بين اليد والعين.
٣- تفريغ الانفعالات والتوترات والتخلص من مشاعر الغضب والعدوان تجاه الآخرين أو الذات.
٤- تنمية التركيز ومهارة الانتباه لدى الطفل.
٥- الاستغراق فى نشاط محدد بدلاً من النشاط الحركى المفرط.

ب-الأدوات اللازمة:

شكل أسطوانى من الفلين يشبه جزع شجرة – أعواد كبريت – مطرقة من البلاستيك.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- يبدأ الباحث بدق أعواد للكبريت فى جزع الفلين ثم يأتى بجزع آخر ويضعه فوق أعواد الكبريت.
٢- تكوين أشكال مختلفة من الفلين وإعادة الفك والتركيب مرات ومرات.
٣- مع ملاحظة هل الطفل منشغل بأداء هذه المهمة وما هى درجة تركيزه وهل متعاون مع الآخرين وهل صنع أكثر من نموذج أم أنه دائم الاعتداء على نماذج الآخرين مع التشجيع المستمر للتعاون بين الزملاء.

(٣) لعبة لضم الخرز:

أ-الهدف منها:

١- تنمية مهارة الانتباه والتركيز لدى الطفل.
٢- تنمية قدرة الطفل على التذكر.
٣- تنمية مهارة المشاركة بين الأطفال.
٤- تنمية مهارة المثابرة واتباع التعليمات.

٥- التخلص من مشاعر التمركز حول الذات والاستغراق فى النشاط مع التعامل مع الزملاء مما يساعد على التخلص من مشاعر إيذاء الذات أو العدوان على الآخرين.

ب-الأدوات المستخدمة:

مجموعة من الخرز بألوان مختلفة- سلك نور - بطاقات عليها أشكال مختلفة.

جـ-الإجراءات:

١- يحضر الباحث الأطفال ويجمعهم حول منضدة ثم يظهر لهم الخرز ويعطى كل طفل أدواته.
٢- ثم يبدأ الباحث فى لضم الخرز أمام الأطفال عشوائياً ثم تشجيع الأطفال على عمل ذلك.
٣- إذا ما نجحت هذه الخطوة يتم الانتقال على إعطاء الطفل صور لأشكال مختلفة من الخرز وأن يصنع مثلها.
٤- مع ملاحظة مدى مثابرة الأطفال وتعاونهم وقدرتهم على أداء المهمة ومدى تململهم فى أداء هذه اللعبة.

(٤) لعبة تماثيل الشمع:

أ-الهدف منها:

١- تحقيق التآزر البصرى والحركى.
٢- تدعيم قدرة الطفل على التوازن والتركيز والانتباه.
٣- تعليم الطفل أن يستغنى عن الحركات العشوائية النمطية.
٤- دعم المشاركة الوجدانية.
٥- دعم التعامل والتواصل مع الآخرين والمشاركة الجماعية.
٦- التنفيس عن مشاعر الغضب والعدوان.
٧- التخلص من التمركز حول الذات وزيادة التواصل مع الآخرين.

ب-الأدوات اللازمة:

أطواق - كرة - حبال.

جـ-الإجراءات:

١- يجلس الأطفال على هيئة نصف دائرة ويمسك كل منهم بكرة بقدمه مثله مثل التماثيل لأطول فترة ممكنة.

٢- الجرى عند سماع الصفارة يتم الوقوف كالتماثيل.

وتكرر هذه الألعاب مع ملاحظة مدى تنافس أو تعاون وغيرة الأطفال فى تحقيق النجاح فى اللعب وما هو درجة التفاعل بينهم وهل هذا النشاط يبعث على السرور لديهم ويكون على نفس درجة القبول لديهم جميعاً.

(٥) لعبة "في الطابور":

أ-الهدف منها:

١- دعم المشاركة الوجدانية.

٢- دعم قدرة الأطفال على التفاعل والتواصل مع الغير.

٣- زيادة القدرة على الانتباه والتركيز والملاحظة.

٤- اتباع الأوامر والتعليمات والانتظار للتعليمات والأوامر الجديدة.

٥- التخلص من التمركز حول الذات ولاشتراك فى نشاط جماعى فعال مما يقلل من النشاط الحركى المفرط لديهم.

ب-الأدوات اللازمة:

سلة خاوية - كرات - حبال - أطوال - مقاعد - كيس حبوب.

جـ-الإجراءات:

١- توضع سلة خاوية فى نهاية الحجرة ويقف الطفل فى أول الحجرة محاولاً قذف الكرة فى السلة وإذا فشل تقرب السلة من الطفل حتى ينجح فى أداء المهمة.

٢- يكرر كل طفل هذه اللعبة وبعد الانتهاء يطلب من الأطفال الوقوف فى دائرة مع مسك كل طفل كيس ومحاولة إعطاءه لزميله الذى يسبقه ثم استلامه كيس أخرى من الذى يليه.

٣- مع ملاحظة مدى التعاون بين الأطفال وما إذا كان هناك عدوان أو اعتداءات فى اللعب أم لا؟

(٦) لعبة الرمي واللقف:

أ-الهدف منها:

١- أن تنمى الانتباء والتركيز لدى الطفل.
٢- أن تنمى قدرة الأطفال على مشاركة الآخرين اللعب.
٣- أن تنمى التآزر البصرى والحركى لدى الطفل.

ب-الأدوات المستخدمة:

أكياس رمل - كور بلاستيك.

جـ-الإجراءات:

١- يرمى الباحث بالكور إلى أعلى وينظر إليها ثم يتلقفها بين يديه.
٢- ثم يبدأ الباحث برمى الكورة لمساعده لتلقفها ثم يحدث العكس.
٣- ثم يطلب من الطفل تقليد الباحث ثم يتبادل الأطفال قذف واستلام الكرة من بعضهم البعض.

(٧) لعبة التنشين:

أ-الهدف منها:

١- تنمية الانتباه والتركيز لدى الطفل.
٢- تنمية القدرة على التآزر الحركى والبصرى.
٣- تنمية القدرة على ضبط حركاته وسلوكياته المختلفة.
٤- التخلص من مشاعر العدوان والغضب تجاه الآخرين أو تجاه الذات.
٥- تعلم انتظار الدور.

ب-الأدوات المستخدمة:

زجاجات بلاستيك عددها ٦ زجاجات - كورة بلاستيك.

جـ-الإجراءات:

١- يضع الباحث حوالى ٣ زجاجات على بعد من الطفل.

٢- رسم خط بالطباشير ليقف عليه الطفل عند التصويب.
٣- يقوم الباحث بتصويب الكرة نحو الزجاجات ليسقطها.
٤- ثم يطلب من الأطفال تقليد الباحث وفقاً لأدوارهم.
٥- يتم حساب كم مرة نجح الطفل وكم مرة أخطأ.

(٨) لعبة النفخ بالألوان:

أ-الهدف منها:

١- تنمية مهارة التقليد والانتباه لدى الطفل.
٢- التخلص من مشاعر الغضب والعدوان سواء تجاه الذات أو تجاه الآخر.
٣- تنمية التفاعل والتواصل مع الآخرين أثناء اللعب.

ب-الأدوات المستخدمة:

ورق - ألوان - شفاطات - صابون سائل ومياه.

جـ-الإجراءات:

١- يحضر الباحث الأطفال ويجعلهم ينظرون إليه وهو ينفخ فى الصابون السائل والمياه المضاف إليها الألوان على لوحة ورقية لتكوين أشكال من الفقاعات وأشكال من الألوان المختلفة على لوحة الورق.
٢- يطلب الباحث من الأطفال عمل لوحة خاصة بكل واحد فيهم.
٣- يتم تعزيز الأعمال التى يقوم بها الأطفال.

(٩) الرسم الحر على الأرض:

أ-الهدف منها:

١- تنمية قدرة الطفل على التعبير عن مشاعره.
٢- تنمية حب المشاركة والتفاعل والتواصل عند الطفل.
٣- الإقلال من حدة تمركز الطفل حول ذاته وبالتالى الإقلال من النشاط الحركى المفرط والإقلال من سلوكيات الغضب والعدوان.

ب-الأدوات المستخدمة:

ورق كرتون، ألوان شمع، لصق.

جـ-الإجراءات:

١- يحضر الباحث مجموعة من أفرخ الكرتون ويلقيها على الأرض ويجلس الأطفال حولها ثم يبدأ الباحث فى الرسم أمامهم على الكرتون الموجود على الأرض.

٢- يطلب الباحث من الأطفال رسم ما يشاءون مع الحرص على تبادل الألوان بينهم.

٣- يتم مكافأة كل طفل على عمله مهما كن ضئيل.

(١٠) لعبة النطة الشقية:

أ-الهدف منها:

١- تنمية الانتباه والتركيز.

٢- تنمية التآزر الحركى البصرى بين الأرجل واليد.

٣- تنمية قدرة الطفل على القفز بطريقة ملاءمة.

٤- التنفيس عن مشاعر الغضب والعدوان والتخلص من الطاقة الزائدة بشكل بناء.

ب-الأدوات المستخدمة:

أطواق خشبية على مسفات متضاربة.

جـ-الإجراءات:

١- يضع الباحث أطواق خشبية على مسافات متقاربة.

٢- يقفز الباحث داخل الطوق ويديه بجانبه وينتقل من واحد لأكثر.

٣- يطلب من الأطفال إعادة نفس الحركة وهو معهم، ويبدأ يحسب كم مرة دخل الطوق وكم مرة أخطأ.

ملاحظات حول ألعاب التشكيل:

١- فى بداية الاشتراك الجماعى للأطفال فى هذه الألعاب حدثت بعض الاعتداءات مع عدم الالتزام بالتعليمات فى بادئ الأمر ولكن بمرور الوقت التزم الأطفال تدريجياً بالقواعد والتعليمات.

٢- زيادة التفاعل والتواصل بين الأطفال بشكل بناء مع قلة الاعتداءات وزيادة القدرة على التركيز والانتباه نتيجة الاستغراق فى العمل واللعبة مع خفض حدة الحركات العشوائية المفرطة واختفاء مشاعر الغضب.

٣- زيادة مهارة التقليد بشكل فعال مع القدرة على التعبير عن المشاعر بأساليب وطرق جديدة ومختلفة.

٤- تنمية القدرة على اللعب الجماعى والتواصل بين الأطفال وبعضهم البعض وزيادة روح التعاون بينهم.

٥- تنمية القدرة على المثابرة وانتظار الدور ومعرفة روح التنافس والغيرة واستغلالها بشكل جيد فى التعلم.

٦- التخلص من مشاعر التمركز حول الذات نتيجة المشاركة الجماعية والاشتراك فى الأعمال والألعاب المختلفة.

رابعاً: ألعاب السوائل:

(١) لعبة طلاء الأبواب:

أ-الهدف منها:

١- زيادة التعاون بين الأطفال وبعضهم البعض.
٢- تعلم النظام والمحافظة على الأشياء.
٣- زيادة الوعى والتركيز والانتباه.
٤- التخلص من مشاعر التوتر والغضب والعدوان.
٥- تنمية التحكم فى الحواس الحسية والحركية.

ب-الأدوات المستخدمة:

أفرخ ورقية كبيرة ويتم لصقها على أحد الأبواب بحيث تغطيه بأكمله – فرشاة كبيرة لكل طفل – دلو مملوء بالماء المضاف إليه الألوان.

جـ-الإجراءات:

١- يتم تقسيم الباب على قسمين.
٢- يطلب من كل طفلين طلاء جزء ويستكمل طفلين آخرين القسم الآخر.
٣- تشجيع وإثابة الأطفال.

٤- تكرر اللعبة مع باقى الأطفال.

(٢) لعبة الغوص والطفو:

أ-الهدف منها:

١- تنمية مهارة الملاحظة والانتباه والتركيز .
٢- التنفيس عن مشاعر الغضب والعدوانية.
٣- تنمية القدرة على التجريب واختبار الفروض.
٤- اكتشاف الخصائص الطبيعية للماء.

ب-الأدوات المستخدمة:

حوض بلاستيك مملوء بالماء - قطع معدنية - قطع بلاستيك - قطعة إسفنج - قارب ورقى.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- يمسك الباحث بقطع معدنية ويسأل الأطفال هل ستطفو أم لا؟.
٢- ويفعل نفس الحال مع قطع بلاستيك ومساعدة الطفل أن يخمن لما سوف يحدث ويستمر الباحث بمشاركة الأطفال فى وضع أشياء مختلفة فى الماء حتى يتحقق للطفل فرصة مشاهدة الأشياء التى ستطفو والأشياء التى ستغوص.
٣- التأكد من مشاركة الأطفال فى الانتباه والتركيز فى هذه اللعبة.

(٣) لعبة الفقاعات الطائرة:

أ-الهدف منها:

١- تنمية إدراكه لبعض الخصائص الفيزيائية.
٢- التجريب واختبار الفروض.
٣- التنفيس عن الغضب والعدوان وإيذاء الذات.
٤- استغلال الطاقة الزائدة فى تنمية روح المشاركة والتفاعل والتواصل مع بعضهم البعض.
٥- زيادة الانتباه والتركيز لدى الطفل.

ب-الأدوات اللازمة:

محلول صابون - عيدان بلاستيك - مروحة.

جـ-الإجراءات:

١- يغمس العود فى محلول الصابون وينفخ فيه برفق من الطـرف الآخـر ويقوم الباحث بذلك أولاً ويسمح للطفل والأطفال الآخرين بالتجريب.

٢- انتباه الباحث للطفل حتى لا يشفط الطفل الماء بدلاً من نفخه ومسـاعدته بأن ينفخ برفق.

٣- يمكن وضع الحلقة أمام المروحة حتى تؤدى نفسى الدور الذى يقوم بـه الطفل من خلال النفخ مع إشاعة جو من السرور والبهجة لزيادة التفاعل بين الأطفال.

ملاحظات حول ألعاب السوائل:

١- إشاعة هذه الألعاب روح البهجة والسرور بين الأطفال مما أدى إلى تنميـة روح الألفة والتعاون بين الأطفال.

٢- تعلم النظم والتعاون والمحافظة على الأدوات والممتلكـات وتعلـم ضـبط الانفعالات.

٣- زيادة القدرة على الانتباه والتقليد والتركيز مع الإقلال من حـدة السـلوكيات التى تتسم بالعنف وبالنشاط الحركى المفرط وتدمير الأشياء.

٤- زيادة القدرة على التواصل والاندماج مع الأقران وزيادة القدرة على البدء فى عمل واحد وإنهائه.

٥- التعرف على السلوكيات المنفرة التى يتضايق منها الزملاء وتجنبها مما يدعم قدرة الطفل على حب الأعمال الجماعية مما يساعده علـى الـتخلص مـن التمركز حول الذات.

خامساً: الألعاب الدرامية:

(١) لعبة المطعم:

أ-الهدف منها:

١- زيادة مهاراتهم اللغوية وبالتالى زيادة تواصلهم مع الآخرين.

٢- تنمية روح التعاون والمشاركة والتفاعل مع الأقران والاندماج معهم.

٣- الانغماس فى لعب الأدوار بدلاً من القيام بسلوكيات غير مرغوبة.

ب-الأدوات المستخدمة:

أدوات مائدة من البلاستيك – أوعية مطبخ – غطاء رأس مناسب للجرسون – نقود ورقية لعبة.

جـ-الإجراءات:

١- يضع الأطفال المناضد والكراسى بمساعدة الباحث.

٢- يقوم بعض الأطفال بدور الجرسونات ويلبسون أغطية الرأس الخاصة بذلك.

٣- وضع بعض قطع الحلوى بحيث تمثل أصناف الطعام.

٤- يتم تبادل الأدوار بين الأطفال.

٥- تمرين الطفل على الانخراط فى اللعب الدرامى من خلال موقف تمثيلى لأسرة تتناول الطعام فى المطعم.

٦- تشجيع الأطفال مع استمرار التوجيه والتلقين المستمر وتحفيزهم وإثابتهم للأداء الناجح.

(٢) لعبة وسيلة النقل:

أ-الهدف منها:

١- زيادة وعى الطفل بالآخرين وبأدوارهم.

٢- زيادة تفاعل الطفل مع زملائه واتصاله بالآخرين.

٣- التنفيس عن الطاقة العدوانية وسلوك الغضب.

٤- تخلصه من تمركزه حول ذاته أو إيذاءه لنفسه.

٥- زيادة الوعى والانتباه والملاحظة والتركيز.

٦- الانتقال من اللعب الحسى الحركى إلى اللعب الرمزى واللعب الدرامى الاجتماعى.

ب-الأدوات المستخدمة:

منزل مصنع من الكرتون من غير سقف حتى يمكن رؤية محتويات الحجرات – دمى صغيرة – أثاث من البلاستيك ذات القطع الصغيرة.

جـ-الخطوات الإجرائية:

١- يوضع المنزل ويكون غير مرتب وتكون حجراته خاوية، مع وجود اللورى الكبير المحمل بالأثاث.

٢- يخبر الباحث بأن أسرة جديدة ستعيش فى هذا المنزل وستصير من جيراننا ويجب أن ينقلوا منقولاتهم كلها إلى ذلك المنزل ومساعدة الأطفال فى تنفيذ هذه اللعبة ثم تركهم ينقلوا الأثاث بمفردهم وإعادة ترتيبه.

٣- ملاحظة الباحث للأطفال وهل هم منغمسون بالفعل أم لا فى هذه اللعبة مع استخدام اللغة بقدر الإمكان فى هذه اللعبة.

ملاحظات حول الألعاب الدرامية:

١- وجد الأطفال صعوبة إلى حد ما فى القيام بهذه الألعاب وكانت استجاباتهم فى البداية بطيئة إلى حد ما.

٢- حدثت بعض الاعتداءات والانفراد باللعب فى بادئ الأمر ولكن من التكرار استطاع الأطفال القيام بهذه الألعاب ولكن مع بعض التململ والضيق.

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

ملحق (٤)

دراسة حالة

CASE STUDY

للأطفال التوحديين من سن ١٠:١٢ سنة

إعداد محمد أحمد محمود خطاب

إشراف

الأستاذة الدكتورة
كاميليا عبد الفتاح
أستاذة علم النفس المتفرغ
بمعهد الدراسات العليا
للطفولة وعميدة المعهد سابقاً

الدكتورة
منى حلمي أحمد سند
أستاذ مساعد طب الإعاقة
بمركز معوقات الطفولة
جامعة الأزهر

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية
والاجتماعية

خطاب المحكمين الخاص باستمارة

دراسة الحالة الخاص بالأطفال التوحديين

من سن ١٠:١٢ سنة

السيد الفاضل الدكتور/

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الباحث/ محمد أحمد محمود خطاب. بإجراء دراسة

موضوعها:

"فعالية برنامج علاجى باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين"

والهدف الرئيسى من هذه الدراسة هو:

اختبار فعالية برنامج علاجى باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية "إيذاء الذات ونوبات الغضب، النشاط الحركى المفرط ونقص الانتباه، سلوك عجز التواصل مع الآخرين، والسلوك العدوانى" لدى عينة من الأطفال التوحديين ممن تتراوح أعمارهم من سن ١٠:١٢ سنة

ومن خلال قراءات البحث النظرية والاطلاع على نماذج الدراسات الحالة، قام الباحث بتصميم دراسة حالة للأطفال التوحديين. ويود الباحث من سيادتكم الحكم على صلاحية دراسة الحالة لهؤلاء الأطفال، ويرجى إدخال ما ترونه من تعديلات على دراسة الحالة.

مع خالص إعزازى وتقديرى...

والله الموفق،،،

الباحث

"جدول يوضح أسماء السادة المحكمين لاستمارة دراسة الحالة"

م	الاسم	الدرجة العلمية
١-	أ.د ليلى كرم الدين	أستاذة علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة.
٢-	أ.د مصطفى تركى	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات التربوية – جامعة القاهرة
٣-	أ.د على سليمان	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات التربوية – جامعة القاهرة.
٤-	أ.د سهير كامل	أستاذة علم النفس بكلية رياض الأطفال – جامعة القاهرة.
٥-	أ.د منى محمد على جاد	أستاذة تربية الطفل ورئيس قسم العلوم التربوية وعميدة كلية رياض الأطفال سابقاً.
٦-	أ.د وفاء محمد كمال	أستاذة علم النفس بكلية رياض الأطفال.
٧-	أ.د سوسن إسماعيل عبد الهادى	أستاذة علم النفس بكلية التربية بنات – جامعة عين شمس.
٨-	أ.د علوية عبد الباقى	أستاذة الطب النفسى بمعهد الدراسات العليا للطفولة قسم الدراسات الطبية.
٩-	أ.د إيناس عبد الفتاح	أستاذة علم النفس بكلية الآداب – جامعة عين شمس.
١٠-	أ.د خالد عبد الرازق	أستاذ علم النفس المساعد بكلية رياض الأطفال – جامعة القاهرة.
١١-	أ.د فؤادة هدية	أستاذة علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة.
١٢-	أ.د أسماء السرسى	أستاذة علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة.
١٣-	أ.د عمر الشوربجى	أستاذ بمعهد الدراسات العليا للطفولة قسم الدراسات الطبية.
١٤-	أ.د إيهاب عيد	أستاذ بمعهد الدراسات العليا للطفولة قسم الدراسات الطبية.
١٥-	أ.د سامية سامى عزيز	أستاذ بمعهد الدراسات العليا للطفولة قسم الدراسات الطبية.

أولاً: بينات أولية عن الحالة: (*)

١-الاسم:------------------- اسم الشهرة إن وجد: ------------

٢-الجنس: ذكر (----)، أنثى (----)

٣-الديانة: -------------------

٤-الجنسية: -------------------

٥-تاريخ الميلاد: / / ١٩ جهته: ------- العمر الزمنى: ----------

٦-نسبة الذكاء: --------- السنة الدراسية وقت إجراء الدراسة: ----------

٧-عنوان السكن: --

٨-رقم التليفون: -------------------

٩-أقرب شخص يمكن الاتصال به: ----------------------

أ-عنوانه: ------------------------------

ب-رقم تليفونه: ------------------------------

١٠-الجهة المحولة: ------------------------------------

١١-رقم الحالة: ------------------------------------

١٢-اسم المقابل: ------------------------------------

١٣- التاريخ: ------------------------------------

١٤-رقم الملف أن وجد: ------------

١٥-المكان الذى أجريت فيه الدراسة: -----------------------

١٦-تاريخ الالتحاق بالمؤسسة: ---------------------------

١٧-مصدر التحويل: ------------------------------

١٨-تاريخ التحويل: ------------------------------

١٩-مصدر المعلومات: ------------------------------

٢٠-اسم ولى الأمر: --------------------------------

٢١-صناعته (مهنته): --------------------------------

٢٢-عنوانه: --------------------------------

٢٣-صلته بالطفل: --------------------------------

٢٤-ترتيب الحالة فى الأسرة: --------------------------------

٢٥-الشكوى الرئيسية: --------------------------------

٢٦-الغرض من إعداد ملخص الحالة: --------------------------------

٢٧-تاريخ إعداد هذا الملخص: --------------------------------

٢٨-الإعاقة:

أ-نوع الإعاقة التى دعت إلى وجوده بالمؤسسة: --------------------------------

ب-تاريخ التحاقه بالمؤسسة: --------------------------------

جـ-تاريخ الإعاقة: --------------------------------

د-الأعراض التى عانى منها منذ بدء الإعاقة، وما اخذ حيالها من إجراءات:

مسلسل	العرض	الإجراءات

٢٩-اسم المعالج الطبى: --------------------------------

٣٠-اسم الطبيب النفسى: --------------------------------

٣١-اسم الأخصائى النفسى: --------------------------------

٣٢-اسم الأخصائى الاجتماعى: --------------------------------

(*) يحصل الباحث على هذه البيانات من الأم والأب والأخوة أو ولى أمر الطفل، والمعلمين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والطبيب هذا بجانب الطفل صاحب الحالة.

ثانيا: الحالة الاقتصادية للأسرة:

م	الصلة بالطفل	الدخل الشهري		نوع المصروفات	المصروفات الشهرية		ملاحظات
		قرش	جنيه		قرش	جنيه	
١-	الأب			إيجار السكن			
٢-	الأم			إيجار الكهرباء			
٣-	الأخوة			إيجار المياه			
				فاتورة تليفون			
				مصاريف الأكل			
				مصاريف الملبس			
				مصاريف الدراسة			
				مصاريف العلاج			
٤-	آخرون يعيشون مع الأسرة إن وجد			مصاريف أخرى			
	المجموع الإجمالى			**المجموع الإجمالى**			

الكفاية الاقتصادية: الدخل كافى (------)، غير كافى (-------)

(أ) مستوى الأسرة الاقتصادى:

غنية (------)، متوسطة (--------)، لا بأس بها (--------)

أقل من المتوسط (-------)، فقيرة (--------)

(ب) المشكلات الاقتصادية فى الأسرة:

١- سوء أحوال اقتصادية: (-------------)

٢-كوارث اقتصادية: (-------------)

٣-صعوبة الحصول على ضروريات الحياة: (-------------)

(ج) ملاحظات عامة عن الحالة الاقتصادية

ثالثا: الحالة الاجتماعية للأسرة:

معلومات عن الأسرة:

الاسم	النوع	العمر	التعليم	الحالة الاجتماعية	القرابة للطفل	المهنة	الدخل	الحالة الصحية
اسم الأب:								
اسم الأم:								
اسم الأخوة:								
١-								
٢-								
٣-								
٤-								
أقارب يعيشون مع الأسرة:								
١-								
٢-								
٣-								
٤-								
أفراد آخرون يعيشون مع الأسرة:								
١-								
٢-								
٣-								
٤-								

بيئة الطفل:

هل توجد صلة قرابة بين الوالدين: نعم (------)، لا (-------)

وفى حالة نعم ما هى درجة القرابة: ----------------------------

السكن: ملك (-----------) مستأجر (------------)

مستوى السكن: سكن خاص (----------)، سكن مشترك (----------)

خلفية السكن: حضرية (------------) ريفية (-----------)

مستوى السكن: ممتازة (-----------) جيدة (-----------)

متوسطة (----------) أقل من المتوسط (-----------)

وصف مختصر لحجرات المنزل: --------------------------

عدد حجرات المنزل: ----------------------------------

عدد الأفراد فى كل حجرة: -------------------------------

الشروط الصحية فى المنزل: -----------------------------

ممتازة (--------) جيدة (----------) متوسطة (----------)

أقل من المتوسط (----------) منعدمة (---------)

وصف الحى: ---------------------------------------

رابعاً: التاريخ الأسرى:

(١) العلاقة بين الوالدين:

توافق (--------) استقرار (----------) نزاع (----------)

علاقة مضطربة (---------) انفصال (---------) طلاق (----------)

خلافات وشجار (-----) زواج غير سعيد (------) موت أحدهما (-----)

سفر أحد الوالدين (-------) تدخل الأهل (-------)

عدم التكافؤ اقتصادياً (------------)

عدم التكافؤ اجتماعياً (-----------)

عدم التكافؤ فكرياً (-------------)

عدم التكافؤ جميع ما سبق (-----------)

(٢) أساليب الوالدين المتبعة فى التنشئة:

قوة (-------) حزم (----------) اعتدال (----------)

تذبذب (---------) قمع (-----------) ثواب وعقاب (--------)

٢/أ- نمط التنشئة السائدة فى الأسرة:

لا مبالاة (--------) سيطرة (----------) تفضيل (----------)

قلق (---------) إهمال (----------) نبذ (-----------)

رفض (----------) تدليل (-----------) اهتمام (----------)

٣- اللجوء إلى العقاب:

أ-أسبابه: ------------------------------------

ب-كيفيته: ----------------------------------

جـ-كيف يقوم به: ----------------------------

٤-السمات العامة المميزة لشخصية كل من الوالدين:

أ-الأب:

معتدل (-------) حنون (--------) خاضع (--------)

مسيطر (---------) عدوانى (-------) عنيف (---------)

غيور (--------) متقلب (----------) يقدر المسئولية (-----------)

أنانى (---------) أخرى تذكر (------------)

ب-الأم:

سريعة الغضب (----------) متقلبة المزاج (------------)

معتدلة (------------) حنونة (------------)

عنيفة (------------) غير مبالية بشيء (------------)

أخرى تذكر (---------------)

(٥) معاملة الوالدين للطفل:

شديدة (--------) قاسية (--------) عادية (--------)

لامبالاة (--------) لينة جداً (--------) شديدة الحماية والوقاية (--------)

متقلبين المزاج (--------) استخدام الضغط ليتعلم العادات والكلام (--------)

أخرى تذكر (----------------)

(٦) هل عاش الطفل بين الوالدين: نعم (-------) لا (--------)

(٧) وفى حالة النفى مع من عاش: الأب (-------) الأم (--------)

(٨) أى من الوالدين أكثر تفهماً وتقبلاً للطفل؟

الأب (-------) الأم (------) كلاهما (-------) لا يوجد (-------)

(٩) درجة اهتمام الوالدين بالطفل:

أ-درجة تفهمهما للحالة: ------------------------

ب-درجة تقبلهما للحالة: --------------------------

جـ-درجة اهتمامهما للحالة: -----------------------

(١٠) ترتيب الطفل بين الأخوة والأخوات:

الأول (-------) الثانى (--------) الثالث (--------) الأخير (-------)

(١١) العلاقة بين الطفل موضوع الدراسة والأخوة الأشقاء:

أ-يذكر طبيعتها: ----------------------------

ب-الأخ المفضل: -----------------------------

جـ-علاقة الأشقاء بالطفل:

جـ/١ درجة تقبلهم: --------------------

جـ/٢ درجة تفهمهم: -------------------

جـ/٣ درجة اهتمامهم: ------------------

جـ/٤ مشاعر الغيرة: -------------------

(١٢) العلاقة بين الأقارب والطفل موضوع الدراسة: -------------------

---

(١٣) المشكلات الأسرية فى الأسرة:

أ-هل يوجد مشكلات سلوكية لدى الوالدين أو الأسرة؟

نعم (---------) لا (----------)

ب-وفى حالة الإجابة بالإيجاب نذكر هذه المشكلات:

---

(١٤) هل توجد اضطرابات عقلية فى الأسرة؟

نعم (----------) لا (-----------)

وفى حالة الإيجاب تذكر هذه الاضطرابات ونوعها والفرد الذى أصيب بها.

(١٥) ظهور اضطرابات نفسية فى الأسرة: نعم (-------) لا (--------)

وفى حالة الإجابة بالإيجاب تذكر هذه الاضطرابات:

---

(١٦) هل توجد حالات أوتيزم فى الأسرة: نعم (------) لا (------)

(١٧) وفى حالة نعم كم عددهم:

خامساً: التاريخ التطورى للحالة:

وتشمل وصف تفصيلى لمشكلة الحالة منذ بداية المشكلة لأول مرة والجهود العلاجية السابقة:

المشكلة كما وردت بخطاب الحالة:

أ-على لسان الأب أو ولى الأمر.

ب-على لسان الأم.

أسباب المشكلة:

أ-كما وردت على لسان الأب أو ولى الأمر:

ب-كما وردت على لسان الأم

جـ-كما وردت بخطاب الإحالة

محاولات سابقة فى العلاج:

أ-علاج طبى بالأدوية (-------------------)

ب-علاج نفسى (-------------------)

جـ-علاج طبيعى (-------------------)

د-علاج طبيعى (-------------------)

هـ-تأهيل (-------------------)

و-أنواع أخرى من العلاج (-------------------)

أعراض نفسية/ سلوكية مصاحبة للحالة:

اضطرابات الكلام:

* كم الكلام: [ثرثرة – قلة الكلام – خرس]
* سريان الكلام: [بطئه – سرعته – قلته]
* تكرار الكلام: [نمطية – آلية – اجترار الكلام]
* النطق: [إبدال – تردد – لعثمة]
* الصوت: [خنق – غلظة – حدته – شدته – فقدانه – بحة]
* أخرى تذكر: [اندفاع – سلبية – امتناع – كلام مع النفس]

اضطرابات الانتباه:

[زيادته – تحوله – سهيان – انشغال – تشتت]

[شرود – عدم تركيز – عدم وعى – اندفاعى – تململ بسرعة]

اضطرابات النشاط الزائد "الفرط النشاطى"

أ-نشاط زائد

ب-هز الجسم بصفة مستمرة

جـ-المداومة على حركة واحدة مثل اللف والدوران

د-لا يستقر فى مكان

هـ-كثير التجوال والقفز والعبث بالأشياء

ز-أخرى تذكر

اضطرابات سلوك إيذاء الذات:

[ضرب الرأس فى الحائط – يجرح نفسه بأدوات حادة – يلسع نفسه بالنار – يعض لسانه – خربشة الجسم بالأظافر – قضم الأظافر حتى يدميها – أخرى تذكر]

نوبات الغضب:

[سرعة الاستثارة والتهيج – كثير الصراخ والبكاء – العناد – عمل عكس المطلوب – التلويح باليد – تخريب الأشياء – أخرى تذكر]

اضطرابات خاصة بعدم التواصل والعدوان:

[لا يستطيع التعبير عن احتياجاته سواء بالإشارة أو باستخدام تعبيرات الوجه – دائم العزلة – قليل الصداقات – يلعب منفرداً – يظل صامتاً لفترات طويلة – عدم التجاوب مع الآخر – عدم وعى بوجود آخرين حوله – عدوانى – يمزق ممتلكاته – يدمر الأثاث – يشعل النيران – أخرى تذكر]

اضطرابات النوم:

[كثرته – قلته – أرق – مخاوف ليلة – فزع ليلى – أحلام مزعجة – كابوس – تشنج عصبى – الكلام أثناء النوم – تجوال – نوبات عصبية]

اضطرابات تتعلق بالتغذية وأخرى نفسية:

[الشراهة والإفراط فى تناول الطعام – قلة الأكل – فقدان الشهية – الإمساك عن الطعام – التقيؤ – أكل مواد ضارة كالجلد والورق – حالات إغماء – ضغوط نفسية – الانطواء والانزواء – قلق – خوف – وساوس قهرية]

اضطرابات الإخراج: [بوال – تبول لا إرادى – الإمساك]

اضطرابات العادات: [مص الأصابع – قضم الأظافر – لزمات عصبية – العبث فى الأنف أو الأذن – أكل الورق والقاذورات]

مشكلات المدرسة: [تأخر دراسى – تشاجر مع زملاء الفصل – تخريب ممتلكات المدرسة – عدم تكيف مع زملاء الفصل – عدم توافق مع المدرسين]

اضطرابات حركية: [نشاط حركى زائد – سكون تام – غير مستمر – متوتر – متـدهور – متكرر – آلى نمطى]

اضطرابات عقلية معرفية: [أوتيزم – ضعف عقلى خفيف – متوسط – شديد – منغولية – زملة دوان]

سادساً: التاريخ التشخيصي للطفل التوحدى:

ويقصد به التاريخ التطورى للحالة، ظروف الولادة:

(أ) التاريخ التطورى للحالة:

١–الحمل: —————————— مدته: ——————————

٢–تاريخ الحمل السابق: ——————————

٣–عدد المواليد: ——————————

٤–هل هناك محاولات للإجهاض؟

نعم (——————) لا (——————)

وفى حالة الإجابة بنعم فكم عددها؟ ——————————

٥–حالة الأم الصحية أثناء الحمل:——————————

جيدة جداً (————) جيدة (————) متوسطة (————) رديئة (————)

٦–عمر الأم أثناء الحمل: ——————————

٧–تغذية الأم خلال فترة الحمل:

جيدة جداً (————) جيدة (————) متوسطة (————) رديئة (————)

٨–الأمراض التى تعرضت لها الأم أثناء الحمل ومدتها: ——————————
——————————————————————

٩–هل تناولت الأم أدوية أو عقاقير؟

نعم (——————) لا (——————)

وفى حالة نعم فما هى: ——————————

١٠–هل تعرضت الأم للأشعة أثناء الحمل؟

نعم (----------) لا (----------)

وفى حالة نعم فما هى: ------------------------------

١١-هل تعرضت الأم للسقوط أثناء الحمل: ------------------

١٢-تاريخ الحمل: ----------------------------

١٣-مدة الحمل: ٩ أشهر (------) أقل من ٩ أشهر (-------)

١٤-شعور الأم نحو الحمل:

أ-سعيدة: نعم (--------) لا (---------)

ب-حزينة: (--------) لا (---------)

جـ-لا مبالاة: (--------) لا (---------)

د-أخرى تذكر: --------------------------------

١٥-اتجاهات الأم نحو الحمل:

أ-مرغوب فيه: الأم [نعم: ---لا: ---] الأب [نعم --- لا: ---]

ب-غير مرغوب فيه: الأم [نعم: ---لا: ---] الأب [نعم --- لا: ---]

١٦-متى بدأت الأم تحس بحركة الجنين: ------------------

فى الشهر --------------

١٧هل وضع الجنين فى الرحم سليم؟:

نعم (---------) لا (----------)

١٨-هل كانت الأم تعانى من فقر الدم: -------------------

١٩-هل كانت الأم تعانى من حالة نفسية أو عصبية: -----------------

٢٠-العامل الرايزيس RH: ----------------------------

٢١-مشكلات أو ملاحظات أخرى حدثت أثناء الحمل: -----------------

----

٢٢-حالة الولادة:

أ-الولادة طبيعية (---------) صناعية (----------)

وإذا كانت صناعية فما هى الآلات التى استخدمت: مثل الجفت أو المشرط المستخدم فى الولادة: ---------------------------------

٢٣-هل احتاج الطفل أن يحفظ فى حضانة؟

نعم (----------) لا (----------)

٢٤-هل كانت الولادة المبتسرة تتسم:

بألم شديد (--------) ألم عادى (----------) بدون ألم (--------)

٢٥-هل صرخ الطفل عند الولادة: ------------------------

٢٦-ما هى حالة الطفل عند الولادة: ------------------------

٢٧-مكان الولادة: ------------------------------

٢٨-الفترة الزمنية التى استغرقت فى عملية الولادة: ------------------

٢٩-هل أصيب الطفل بنقص أكسجين: ----------------------

٣٠-هل أصيب بيرقان: ----------------------------

٣١-هل كان بحاجة إلى دم: ---------------------------

٣٢-هل صاحبت عملية الولادة مشاكل صحية أو جسمية: -------------

٣٣-نوع الرضاعة: طبيعية (---------) صناعية (---------)

٣٤حسب رغبة الطفل: -------- حسب رغبة الأم: -------- مدتها: -----

سابعاً: الاختبارات التي أجريت على الطفل:

الاختبارات السيكولوجية التشخيصية:

١-DSMIV لتشخيص الطفل التوحدى.

٢-استانفورد – بينية

٣-وكسلر

٤-روشاخ

٥-رسم الشجرة والمنزل والرجل H.T.P

٦-أخرى تذكر

الفحوصات الطبية والمعملية:

١-فحوصات: [السمع – البصر – الدم]

٢-معدلات الأيض: -------------

٣-السائل المخى الشوكى: -------------

٤-رسم المخ: -------------

٥-فحوصات الأشعة: -------------

٦-تحاليل أخرى: -------------

الصياغة التشخيصية:

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

ملحق (٥)

"استمارة جمع بيانات عن الحالة الاقتصادية والاجتماعية والثقافة للأسرة"

إعداد

محمد أحمد محمود خطاب

إشراف

الأستاذة الدكتورة
كاميليا عبد الفتاح
أستاذة علم النفس المتفرغ
بمعهد الدراسات العليا
للطفولة وعميدة المعهد سابقاً

الدكتورة
منى حلمي أحمد سند
أستاذ مساعد طب الإعاقة
بمركز معوقات الطفولة
جامعة الأزهر

جامعة عين شمس
معهد الدراسات العليا للطفولة
قسم الدراسات النفسية والاجتماعية

"خطاب المحكمين الخاص باستمارة جمع بيانات عن الحالة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للأسرة"

السيد الفاضل الأستاذ الدكتور/

تحية طيبة وبعد،،،

يقوم الباحث/ محمد أحمد محمود خطاب بإجراء دراسة موضوعها:

"فاعلية برنامج علاجى باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين"

والهدف الرئيسى من هذه الدراسة هو:

التحقق من فاعلية برنامج علاجى باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين من سن ١٠:١٢ سنة.

وقد قام الباحث بتصميم استمارة جمع البيانات عن الحالة الاقتصادية والاجتماعية والثقافة لأسر الأطفال التوحديين كأداة لتحقيق الهدف.

ولذلك يود الباحث من سيادتكم بالحكم على صلاحية الاستمارة من حيث:

أ-بُعد الدخل ٢-بُعد التعلم ٣-بُعد الوظيفة

كما يرجوا الباحث من سيادتكم إدخال ما ترونه من تعديلات على الاستمارة.

مع خالص إعزازى وتقديرى،،،

والله الموفق...

الباحث

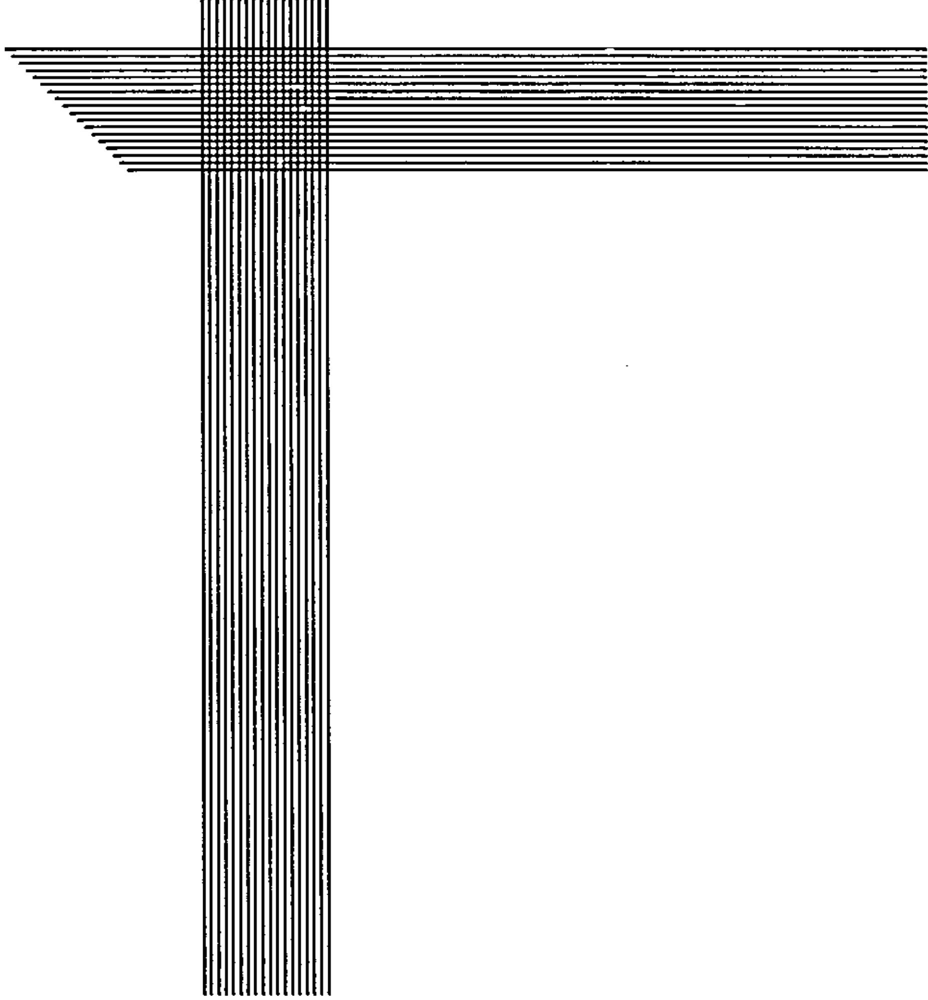
جدول يوضح أسماء السادة المحكمين لاستمارة "جمع بيانات عن الحالة الاقتصادية والاجتماعية والثقافة للأسرة"

م	الاسم	الدرجة العلمية
١-	أ.د فايزة يوسف	أستاذة علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة وعميدة المعهد سابقاً
٢-	أ.د إلهامى عبد العزيز	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة ووكيل المعهد
٣-	أ.د سوسن إسماعيل عبد الهادى	أستاذ علم النفس بكلية التربية بنات - جامعة عين شمس
٤-	أ.د جمال شفيق	أستاذ علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة
٥-	أ.د فؤادة هدية	أستاذة علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة
٦-	أ.د أسماء السرسى	أستاذة علم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة

بند ١		بند ٢		بند ٣		بند ٣		بند ٥		بند ٦	
س	د	س	د	س	د	س	د	س	د	س	د
أحياء عالية المستوى	٦	دكتوراه	٨	مطالعة الكتب	٣	ألعاب طفل الكترونية	٤	قضاء وقت الفراغ في النادي	٧	ممتلكات الأسرة:	
فوق المتوسط	٥	ماجستير	٧	مطالعة المجلات	٢	ألعاب كهربائية	٣	في المسرح	٦	سيارة	١٩
مستوى متوسط	٤	دبلوم عالي	٦	مطالعة الجرائد	١	ألعاب بلاستيكية	٢	في السينما	٥	كمبيوتر	١٨
أقل من المتوسط	٣	شهادة جامعية	٥			ألعاب خشبية	١	في الكازينو	٤	جهاز تكييف	١٧
أحياء فقيرة	٢	شهادة فوق المتوسط	٤					زيارة الأقارب	٣	دش	١٦
عشوائيا وعشش	١	متوسط	٣					حدائق عامة	٢	تليفون	١٥
		يقرأ ويكتب	٢					في المنزل	١	T.V ملون	
		أمي	١							غسالة أوتوماتيك	١٤
										ثلاجة	١٣
										فيديو	١٢
										مكنسة كهربائية	١١
										سخان	
										غسالة عادية	١٠
										راديو ستريو	٩
										بوتاجاز	٨
										مفدأة كهربائية	٧
										T.V أبيض وأسود	٦
										مدفأة	٥
										بوتاجاز	٤
										راديو كهرباء	٣
										راديو	٢
										ترانزستور	١
ن–هـ	٦	ن–هـ	٨	ن–هـ	٣	ن–هـ	٤	ن–هـ	٧	ن–هـ	١٩

س= الاستجابة د= الدرجة، ن–هـ=النهارية العظمى، ن–هـ= ٤٧

ملخص الدراسة



ملخص الدراسة

أ- ملخص الدراسة باللغة العربية.

ب- ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.

ملخص الدراسة باللغة العربية

مقدمة الدراسة:

يعتبر الاهتمام بالأطفال فى أى مجتمع اهتماماً بمستقبل هـذا المجتمـع بأسره، ويقاس مدى تقدم المجتمعات ورقيها بمدى اهتمامها بالأطفال والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم والعمل على حلها.

وتعد التوحدية فى حد ذاتها لغزاً محيراً لكثير من علماء النفس والتربيـة ولذا اهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالطفل التوحدى مما أدى إلى ضـرورة عمل دراسات متخصصة وسريعة لمعرفة طرق العلاج وإمكانية عمـل بـرامج تربوية علاجية لمساعدة الآباء والمشرفين فى تعديل سلوك أطفالهم.

ويعد السلوك المضطرب من أهم وأخطـر المشـكلات لـدى الأطفـال التوحديين حيث أنه يحد من فاعلية وكفاءة البرامج التدريبية وتأهيلية ويمتد أثـره أيضاً على مستوى تفاعل الأطفال التوحديين خارج إطار المراكز والمؤسسـات الخاصة التى يتم تأهيلهم بها.

ومن هنا اهتم الباحث بوضع برنامج علاجى باللعب يشتمل على مجموعة من الأنشطة والألعاب المتنوعة والتى تساعد على خفـض حـدة الاضـطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.

مشكلة الدراسة:

تكمن مشكلة الدراسة فى الإجابة على التساؤلات الآتية:

- إلى أى حد يؤثر البرنامج العلاجى باللعب فـى خفـض حـدة بعـض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفـراد المجموعـة الضـابطة والتجريبية فى اضطرابات السلوك قبل تطبيق البرنامج العلاجى باللعب؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفـراد المجموعـة الضـابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج العلاجى باللعب؟
- هل توجد فروق بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدى من حيث خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية.
- هل توجد فروق بين أفراد المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدى (1) ودرجاتهم فى التطبيق البعدى (2) لصالح القياس البعدى؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- محاولة وضع مقياس للاضطرابات السلوكية وحدتها وأكثرها شيوعاً لدى الطفل التوحدى.
- إعداد دراسة حالة للطفل التوحدى من سن 12:10 سنة.
- إعداد استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة.
- إعداد برنامج علاجى باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة إلى التعرف على ما يأتى:

- مدى تأثير البرنامج العلاجى باللعب فى خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدى.

مصطلحات الدراسة:

استخدم الباحث مجموعة من المصطلحات وهى كالآتى:

- التوحد — Autism
- العلاج باللعب — Play Therapy
- البرنامج — Programe
- الاضطرابات السلوكية — Behavior disorders

حدود الدراسة:

(1) فروض الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية من حيث خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج من حيث خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدى من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدى (1) ودرجاتهم فى التطبيق التالى لفترة المتابعة (2) على مقياس الاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدى للمتابعة (2).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التغير الذى حدث للمجموعة التجريبية "أى صافى الفرق بين النقلة التى حدثت للمجموعة الضابطة والنقلة التى حدثت للمجموعة التجريبية من حيث خفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية.

(2) عينة الدراسة:

- تقع فى المدى العمرى من سن 12:10 سنة.
- وتتكون عينة الدراسة من (10) أطفال كمجموعة تجريبية و (10) أطفال كمجموعة ضابطة.
- مستوى متوسط من التوحدية.
- ألا تقل مدة وجود الطفل فى المركز عن سنة.

(3) منهج الدراسة:

- تعد الدراسة من الدراسات التجريبية.

(4) أدوات الدراسة:

- مقياس الاضطرابات السلوكية. (إعداد الباحث)
- قائمة تشخيص الطفل التوحدى (D.S.M. IV, 1994)
(إعداد وترجمة: ماجد لسيد عمارة
- البرنامج العلاجى باللعب (إعداد الباحث)
- استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحث)
- استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة (إعداد الباحث)

نتائج الدراسة:

- **الفرض الأول:**

تحقق صحة الفرض الأول بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

- **الفرض الثاني:**

تحقق صحة الفرض الثانى بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.

- الفرض الثالث:

تحقق صحته بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدى من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية.

- الفرض الرابع:

تحقق صحته أيضاً بأنه توجد فروق لصالح التطبيق التالى لفترة المتابعة (2) لمقياس الاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدى للمتابعة (2) وذلك بالنسبة للمجموعة التجريبية.

- الفرض الخامس:

تحقق صحته أيضاً بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التغير الذى حدث للمجموعة التجريبية "أى صافى الفرق بين النقلة التى حـدثت للمجموعـة الضابطة والنقلة التى حدثت لمجموعة التجريبية".

بالنسبة لنتائج دراسة الحالة:

من خلال دراسة الحالة تبين أن هؤلاء الأطفال لا يعانون من أى إعاقات حسية مثل الصمم أو كف البصر كما أنهم لم يتلقوا أى برامج علاجيـة سـلوكية للتخفيف من حدة مشكلاتهم السلوكية.

كما تبين أن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال لم يفعلوا أى محاولات للحد من هذه السلوكيات غير المرغوبة بل ساعدوا فى زيادة حدتها بالانفعال تارة والتلبية لاحتياجاتهم تارة أخرى.

ثالثا: نتائج التحليل الإكلينيكى لجلسات البرنامج العلاجى باللعب:

وقد أسفر التحليل الإكلينيكى لجلسات البرنامج العلاجـى باللعـب عـن مجموعة من الحقائق منها:

- أن العلاج باللعب – شأنه فى ذلك شأن معظم أساليب العلاج النفسـى – يتناول الشخصية ككل ويؤثر عليها بشكل عام.
- كما قد ثبت للباحث أن تدريبات التنفس والحـواس أدت إلـى اكتسـاب الأطفال التوحديين الثقة بأنفسهم والتخلص من مشاعر الخوف والإحجام.
- كما ثبت للباحث أيضاً أن للألعاب الحركية والحسية قـدرة هائلـة فـى مساعدة الأطفال التوحديين على زيادة قدرتهم على التعامل السـليم مـع المكان الذى يتواجدون فيه كما زادت من قدراتهم على الانتباه والتواصل مع الآخرين بشكل فعال والاندماج معهم فى كافة الأنشطة المشتركة وهذا بدوره ساعد على الإقلال من حدة الاضطرابات السلوكية بشـكل فعـال ومؤثر.

توصيات الدراسة:

فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث يقدم الباحث بعض التوصيات الآتية:

1- الاهتمام بأساليب التشخيص الملائمة لهذه الفئة من الأطفال.

2- الاهتمام بإيجاد متخصصين فى التعامل مع هذه الفئة من الأطفال وذلك من خلال مراكز متخصصة.

3- الاهتمام بدراسة المشكلات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين.

4- وضع مناهج تربوية وتعليمية وتأهيلية تتناسب مع احتياجات وقدرات هؤلاء الأطفال.

البحوث المقترحة:

حيث تتضح الحاجة إلى إجراء بعض البحوث الأخرى مثل:

1- فاعلية برنامج علاجى باللعب فى خفض حدة الاضطرابات اللغوية لدى الأطفال التوحديين.

2- فاعلية برنامج علاجى باللعب فى تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين.

3- برنامج إرشادى لآباء الأطفال التوحديين فى أساليب الاتصال مع أطفالهم.

4- فاعلية برنامج التدخل المبكر على تنمية الاتصال لدى الأطفال التوحديين.

Ain Shams University,
High studies Institute for Childhood
Psychological & Social Studies
Department

The Efficiency of a Play Therapy program in Reducing the Degree of Some Behavior Disorders in a Sample of Autistic Children

Thesis submitted for Partial Fulfillment of Ph.D. Degree in Childhood Studies

Submitted by,

Mohammed Ahmed Mohammed Khatab

Supervised by

Prof. Dr. Kamilia Abd El Fatah

Professor of Psychology in the High Studies Institute for Childhood and Ex-Dean

Prof., Mona Hilmy Ahmed Sanad,
Assistant Professor of Development of and Behavior Medicine, Disabled Childhood
Center, Al-Azhar University

SUMMARY

The introduction:

In any society, Care for children is regarded as a care for the future of this society as a whole. The progress of any society is estimated by their degree of care for children; together with studying and solving their problems.

For many scholars of psychology and Education, Autism is regarded as a myster. This is why many of the contemporary studies were interested in the Autistic child; and, therefore, an urgent need for specific studies emerged. The aim of such studies is to know the methods of thereby and the possibility of conducting educational treatment programs to help parents and supervisors to change the behavior of their children.

One of the most important and dangerous behaviors for Autistic child is the disordered behavior. The disordered behavior limits the efficiency and effectiveness of training as well as qualifying programs. It extends to include the level of interaction between the Autistic children outside the center and the private institutes by which the children are qualified. Thus, the researcher cared for conducting a play thereby program, which includes a group of activities, and different games through which the sharp behavior disorders of Autistic child are reduced.

The problem of the study

The problem of the study is how to answer the following questions:

- To what extent, the program of play thereby affects in reducing the behavior disorders of the autistic child.
- Are there any statistical significant differences among the experimental and controlled groups in terms of behavior disorders before applying the program of play thereby?
- Are there any statistical significant differences between eh members of the controlled group and those of the experimental group for the sake of the latter after applying the program?

- Are there any statistical significant differences among the members of the controlled group before applying the program of play thereby?
- Are there any statistical significant differences among the members of the experimental group before and after applying the program for the sake of the latter applying in terms of reducing the sharpness of some behavior disorders?
- Are there any differences among the experimental group in terms of post-application and their degree in post-application for the sake of the former?

The goals of the study:

This study aims at the following:

- An attempt to put a standard to the behavior disorders, its sharpness, the most common of which to the autistic child.
- Preparing a case study to the autistic child (10-12 years).
- Preparing an application of the economic, social, and cultural level of the family.
- Preparing a play thereby program in order to reduce the severity of some behavior disorders in the autistic children.

The importance of the study

The importance of the study is owing to determining the following:

- How far the play thereby program affects in reducing the severity of the behavior disorders in the autistic child

The terms of the study:

The researcher used a set of terms as follows:

1- Autism.

2- Play therapy.

3- Program.

4- Behavior disorders.

The limits of the study

The hypotheses of the study:

1- There are statistical significant differences between the members of the controlled group and those of the experimental group for the sake of the latter after applying the program.

2- There are no statistical significant differences among the members of the controlled group before and after the application.

3- There are statistical significant differences among the members of the experimental group before applying and after applying the program for the sake of the last application in terms of reducing the severity of the behavior disorders.

4- There are statistical significant differences among the members of the experimental group in terms of pre- and after application, their degrees in the applying that followed the follow-up period, for the sake of the latter.

5- There are statistical significant differences between the changes happened to the experimental group – the net differences between the change happened to the experimental and control groups.

Sample of the study:

The average 10-12 years:

- The sample of the study should be consisted of 10 children as an experimental group and 10 children as a control group.

The sample of the study should has a moderate level of the autistic characteristic.

- The sample of the study should not stay at the center less than 6 month's.

The method of the study:

This study is an experimental approach in which a comparison between an experimental a control groups was done.

Tools:

- A criterion of the behavior disorders (prepared by the researcher).
- A list of characteristics of the autistic child (D.S.M IV, 1994) prepared and translated by Mageid Al-Sayed 'Umara (1994).
- Play thereby program. (Prepared by the researcher).
- An application of a case study (Prepared by the researcher).
- A application of the economic, social and cultural level of the children's families. (Prepared by the researcher).

The Results of the Study:

Collected data were statistically analyzed and showed the following results:

1- The play program used in this study proved to be effective in reducing the severity of the behavior disorders in autistic children as there were statistically significant differences between the results of the experimental and control groups of children (for the sake of the experimental group)at the post test scores for behavior disorders.

2- Also the second hypothesis was confirmed, that is there are no statistical significant differences among the members of the controlled before and after applying the program.

3- Moreover, the third hypothesis was confirmed, that is there are statistical significant differences among the members of the experimental group pre and post for the sake of the latter applying in terms of reducing the severity of some behavior disorders.

4- When comparing the changes the scores of behavior disorders for the experimental and control groups (pre minus post-last) which reflects the net reduction in the disordered behavior.

5- The fifth hypothesis was confirmed that is there are a statistical significant differences between the net gain to the experimental group – the net differences between the change happened to the experimental and control groups.

Secondly:

The results of the case study:

By studying a sample, it appeared that those children don't suffer any sensational disabilities such as deafness, or blindness and they didn't receive any behavioral therapy programs to mitigate the intensity of their behavioral problems.

Parents didn't attempt to reduce such undesirable behaviors. Rather, they helped in increasing its sharpness through tensions in some situations and fulfilling their needs in another.

Thirdly:

The results of clinical analysis for the sessions of therapy program by playing:

- The therapy by playing program and its clinical analysis resulted in a number of facts, among them.
- Therapy by playing as most of the methods of psychological therapy-deals with personality as a whole and influences it in general.
- The researcher found also that respiration and senses exercises mode children acquire the unification between their self confidence and overcoming the fear and reluctance feelings.
- The researcher found also that dynamic and sensational games has an immense capacity in helping the lonely children to enhance the abilities of wise dealing with the place in which they exist. It also increased their abilities to attention, correlate and communicate with others in a more effective way, in addition to sharing them the whole common activities. This in itself helped to effectively reduce the intensity of behavioral disorders.

Recommendations of the Study:

In light of the research results, the researches offers the following recommendations.

1- To care about the appropriate ways of diagnosis for such sample of children.

2- To look for people who are specialized in dealing with such category of children by dealing with specialized centers.

3- To pay more care for studying social and psychological problems of the lonely children.

4- Puttng educational, pedagogic and rehabilation methodogies that correspond the needs and abilities of these children.

Suggested researches:

There arises a need to do other researches such as:

1- The role of therapy by playing programs in reducing the lingual disorders intensity in the solitude children.

2- The effectiveness of therapy programs by playing in developing the solitary children's social skills.

3- A guiding program for the parents of lonely children as the ways of communication with their children.

4- The effectiveness of carely intervention programs in developing communication in the lonely children.